

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 1001

DE LA
CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE TEMPORAIRE

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT
DES
RÉTRÉCISSEMENTS COMPLIQUÉS DE L'URÈTRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Décembre 1894

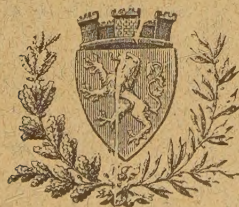
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALPHONSE POUILLAIN

Né le 17 Mars 1872, à Orange (Vaucluse)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1894

DE LA
CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE TEMPORAIRE

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT
DES
RÉTRÉCISSEMENTS COMPLIQUÉS DE L'URÈTRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 13 Décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALPHONSE POUILLAIN

Né le 17 Mars 1872, à Orange (Vaucluse)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		X.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		X.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'ag. ég.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU, Il.
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. PONCET, Président; M. AUGAGNEUR, Assesseur; MM. GANGOLPHE et ROLLET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES TANTES V. ET P.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANNOIS

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. ROLLET

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

A MONSIEUR LE DOCTEUR MONART

Médecin major de 1^{re} classe au 13^{me} régiment d'Infanterie
Chevalier de la Légion d'Honneur

En plaçant en tête de ces lignes, préface de notre thèse inaugurale, le nom de M. le professeur agrégé Lannois, nous ne prétendons pas lui payer tout entier le tribut de notre reconnaissance, car les dettes du cœur sont de celles qui ne s'acquittent point. Mais, du moins, puisque nous devons aux soins si éclairés, si dévoués et si affables qu'il nous a prodigués récemment lors d'une grave maladie, d'avoir pu continuer nos études médicales et ce travail déjà entrepris, que sa modestie nous permette de l'en remercier ici, et de lui dire que nous ne l'oublierons pas.

M. le professeur agrégé Et. Rollet nous a donné l'idée première de ce travail, en a dirigé l'exécution, et nous a fourni de nombreux matériaux ; qu'il reçoive l'assurance de notre vive gratitude ; aussi bien resterons-nous toujours sous le charme de son accueil bienveillant, et de la sympathie toute amicale qu'il nous a constamment témoignée.

M. le professeur Poncet, dont nous avons suivi avec

intérêt les cliniques magistrales à l'Hôtel-Dieu, et dont nous avons mis souvent ici les travaux à contribution, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; profondément pénétré de l'honneur qu'il nous a fait, nous lui adressons nos respectueux remerciements.

Nos remerciements iront encore : à MM. les professeurs agrégés Lejars (de Paris), à l'amabilité de qui nous sommes tout particulièrement heureux de rendre hommage, Pousson (de Bordeaux), Gangolphe (de Lyon), à M. le Dr Loumeau (de Bordeaux), qui nous ont donné de remarquables observations ; à M. le médecin-major de première classe Monart, dont les conseils et l'amitié nous ont été d'un précieux appui ;

A M. le médecin-inspecteur Kelsch, directeur, et à M. le médecin principal de première classe Viry, sous-directeur de l'École, qui sont venus, pendant notre maladie, nous apporter un témoignage de sollicitude dont nous leur sommes reconnaissant ;

A tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux pour leur haut enseignement que nous avons suivi pendant quatre années ;

A nos camarades d'école qui nous ont montré quelque sympathie ;

A tous ceux, enfin, dont l'intime affection, de près ou de loin, nous a soutenu et réconforté aux heures difficiles, pendant notre séjour à l'École du Service de Santé militaire.

A. P.

INTRODUCTION

Depuis plus de trois siècles que Franco imagina la taille hypogastrique, c'est en ces dernières années seulement que cette opération a vu grandir sa fortune. Si ce fut vraiment « un éclair de génie », — et l'avenir devait le montrer, — une certaine fierté nous sera bien permise à rappeler qu'il brilla sous le ciel provençal et sous celui de notre ville natale. C'est à Orange, en effet, où il exerçait, que Franco fit, en 1561, la première taille vésicale sus-pubienne, pour enlever un calcul chez un enfant de deux ans, et ce fut avec succès, car, dit-il, le patient « fut guary et la playe consolidée ». Cet exemple ne fut pas suivi, et comment aurait-il pu l'être quand celui qui l'avait donné, effrayé de son audace, invitait les chirurgiens à bien se garder de l'imiter. Cependant, l'opération fut reprise, en 1580, par un autre chirurgien provençal, Rousset, qui modifia le manuel opératoire et le fit à peu près tel qu'il nous est parvenu. Dès lors, tour à tour con-

damnée ou prônée, la cystotomie sus-pubienne jouit d'une faveur variable auprès des chirurgiens du xvii^e et du xviii^e siècle ; mais ses partisans les plus convaincus ne voyaient encore en elle qu'une opération pour calculs vésicaux. Remarquons toutefois qu'en 1827 Belmas émet cette opinion que la cystotomie « peut être adoptée comme méthode générale ».

Il faut arriver à Sédillot (1856) pour voir demander à la cystotomie sus-pubienne une action évacuatrice des urines. Sédillot paraît, en effet, avoir été le premier qui ait songé à ouvrir à l'hypogastre « une voie de suppléance à l'urètre devenu imperméable ». Après lui, depuis surtout que Périer imagina le drainage vésical au moyen de deux drains disposés en canon de fusil, la cystotomie a été de plus en plus pratiquée en vue de la dérivation urinaire. C'est ainsi que Boeckel (Strasbourg, 1884), Tédénat (Montpellier, 1887), Rohmer (Nancy, 1888), Richardson, l'ont exécutée chez des prostatiques en rétention. Billroth, Volkmann, Guyon y ont eu recours aussi pour parer aux hémorragies liées aux néoplasmes vésicaux.

Mais, en somme, c'étaient là des cas isolés, sans idée thérapeutique bien nette ; la méthode à laquelle ils se rattachaient ne pouvait encore recevoir tout son développement ; il lui manquait d'être réalisée en une opération parfaite, et c'est précisément le mérite de M. le professeur Poncet en France, de Mac-Guire, en Amérique, — tous deux en 1888, — ayant trouvé l'ébauche, d'en avoir fait une œuvre belle et durable, et, en transformant la cystotomie en *cystostomie*, d'avoir créé en quelque sorte à nouveau cette opération vieille de plusieurs siècles, en

tant, du moins, qu'ouverture de la face antérieure de la vessie pour l'ablation de gros calculs.

On sait en quoi consiste la cystostomie : ce qui la caractérise essentiellement c'est la suture de la paroi vésicale à la paroi abdominale; c'est, par conséquent, l'établissement méthodique d'un canal sus-pubien vésico-cutané, qui assure intégralement l'évacuation des urines : nous sommes donc loin de la simple cystotomie sus pubienne.

Dernièrement, à la Société de chirurgie, où la cystostomie sus pubienne était venue en discussion (séances d'octobre et novembre 1894), M. Poncet a bien montré que l'idée directrice qui l'avait conduit à imaginer son opération, à savoir la création d'un urème contre-nature sus-pubien chez les prostatiques, était toute différente de celle des chirurgiens qui, en dehors de l'existence de calculs, avaient pratiqué la taille sus-pubienne. Non seulement l'idée initiale était tout autre, mais le procédé qui la réalisait se séparait par plusieurs temps essentiels de celui de la taille hypogastrique. Enfin, les indications remplies par l'opération de M. Poncet ne ressemblaient en rien à celles poursuivies jusqu'alors dans les cas où l'on avait incisé la paroi antérieure de la vessie.

M. Poncet avait d'abord réservé cette opération aux cas de rétention aiguë chez les prostatiques, pour combattre les accidents et en prévenir le retour. Il n'a pas tardé à y recourir, chez les prostatiques aussi, contre les accidents d'infection urinaire, avec ou sans fièvre, aiguë ou chronique et, dans les cas de cystite infectieuse avec septicémie aiguë; il l'a pratiquée, en outre, dans les cas de tuberculose vésicale, de fistule vésico-vaginale incurable, et, tout récemment encore, dans les cas de néoplasme malin de la

vessie. Mais, en somme, ce que la cystostomie a surtout été jusqu'ici, grâce aux travaux de M. Poncet, c'est une arme nouvelle et puissante contre les accidents de tout genre du prostatisme.

Là ne doit pas se borner cependant, comme ce chirurgien l'enseigne journellement, le champ de ces indications. C'est ainsi qu'en 1890, chez un de ses malades de la salle Saint-Joseph, M. Poncet (communication orale) pratiqua une cystostomie, comme opération préliminaire d'une urétroplastie. Il s'agissait d'un vieux rétréci traumatique, dont le rétrécissement avait récidivé après deux urétrotomies externes. M. Poncet, pour assurer le succès d'une urétrectomie avec suture des deux bouts, pratiqua d'abord, dans la même séance opératoire, la cystostomie hypogastrique. L'opéré succomba quelques jours après cette double intervention. A l'autopsie on trouva de vieilles lésions de pyélo-néphrite suppurée double.

En 1892, M. le professeur agrégé Rollet pratiquait à Lyon, avec succès, la cystostomie chez un rétréci atteint d'infection urinaire; l'observation ne fut publiée qu'un an plus tard (*Lyon médical*, 22 octobre 1893). Quelques jours auparavant, M. Lejars, dans un long article de la *Semaine médicale* (4 octobre 1892), avait fait entrevoir les circonstances nouvelles où la cystostomie pouvait être indiquée. Il disait en particulier : « Il y a lieu d'étendre le champ des indications de l'urètre contre nature, à titre d'opération préliminaire, et en mettant à part l'hypertrophie prostatique et les cystites douloureuses. » Il citait à cet effet un cas d'infiltration urinaire qu'il avait traité avec succès par la cystostomie sus-pubienne. Ce cas fait l'objet de notre observation

V. Et il ajoutait plus loin : « Je n'hésiterais pas à faire de la dérivation hypogastrique de l'urine le premier temps de la cure de certaines fistules urinaires rebelles, telles que les fistules recto-urétrales. » D'autre part, M. Rollet insistait vers la même époque (*loc. cit.*) sur l'avantage qu'il y a à faire cette dérivation lorsqu'on entreprend la réparation de l'urètre périnéal : « En somme, disait-il, cette méthode peut être comparée à la très ingénieuse opération de la cure radicale du cancer rectal imaginée par M. le professeur Pollosson, qui pratique d'abord un anus artificiel pour détourner le cours des matières, et, dans la suite, enlève le néoplasme à l'abri de toute souillure. » Le 10 novembre 1893, le Dr Myles, à l'Académie royale de médecine d'Irlande, rapportait un cas de cystostomie temporaire pour fistules rebelles. En septembre dernier le Dr Loumeau, de Bordeaux, en publiait un semblable, M. le professeur agrégé Pousson en avait publié un également, peu auparavant. Ces cas sont rapportés dans notre thèse et constituent les observations IX, XI et XII.

Ainsi étaient révélées des indications nouvelles à la cystostomie, qui en tirait chaque fois une importance plus grande, et, s'éloignant à mesure du mode opératoire particulier qu'elle semblait être seulement tout d'abord, apparaissait de plus en plus comme l'expression accomplie d'une méthode générale dont la vaste compréhension englobe la disparate et changeante multitude des faits. C'est que vraiment, la cystostomie répond à des indications d'ordre général qui se retrouvent isolées ou réunies dans chaque cas particulier. Aussi nous a-t-il paru intéressant, pour en faire l'objet de notre thèse inaugurale,

non de réunir en un large faisceau tous les cas où la cystostomie a été faite ou est à faire, tâche bien lourde pour notre jeune expérience et notre faible talent, dessein qui ne saurait entrer dans un cadre restreint comme celui-ci, et qui exigerait toute l'ampleur d'un traité; mais, après avoir esquissé le rôle général de la cystostomie, de montrer tous les bénéfices que l'on peut tirer de cette opération dans le traitement des rétrécissements compliqués de l'urètre. Nous examinerons les complications successivement et par ordre d'importance : 1° infection urineuse ; 2° infiltration urineuse ; 3° fistules rebelles ; 4° imperméabilité urétrale (rétrécissements infranchissables). Notre dernier chapitre sera consacré à un parallèle entre la cystotomie, le cysto-drainage et la cystostomie. — Bien que les faits que nous rapportons ne soient qu'au nombre de quinze, nous espérons que le lecteur appréciera leur importance, car il y trouvera ce qui vaut peut-être mieux que le nombre, la qualité. Et nous nous estimerions heureux lors même que notre essai, sans entraîner des convictions unanimes, aurait attiré et quelque peu retenu l'attention des praticiens sur ce point tout nouveau de la thérapeutique chirurgicale des voies urinaires.

Quant aux adversaires déclarés de la cystostomie, de jour en jour moins nombreux, ils nous permettront peut-être d'espérer que ce modeste travail trouvera grâce devant eux. Ce qu'ils reprochent surtout, en effet, à la cystostomie, à l'opération de Poncet, c'est de créer un urètre sus-pubien, *contre nature*, d'un fonctionnement qui n'est pas absolument commode ni agréable, et destiné à accompagner le malade jusqu'à la fin de ses jours. Et l'un de ces plus ardents adversaires, M. Bron, mal in-

formé, s'écriait à la Société des Sciences médicales de Lyon, il n'y a pas si longtemps : « Je comprendrais cette opération si elle était temporaire ». C'est une cystostomie *temporaire* que nous préconisons chez les rétrécis ; on ne nous reprochera donc pas de créer « une infirmité dégoûtante ! », et comment pourrait-il susciter les colères, cet urètre sus-pubien, modeste associé qui, sa tâche accomplie, disparaîtra discrètement, à l'instant même où, avec quelle ingratitude des services rendus, on pourrait lui reprocher de n'être point parfait.

Du reste, dans toutes les discussions qui ont eu lieu sur la création d'un méat hypogastrique chez les prostatiques, on a toujours, selon nous, trop facilement perdu de vue que la cystostomie permanente, même avec incontinence, pouvait seule sauver les malades. On oublie trop volontiers, suivant la remarque de Diday, « qu'il ne peut pas y avoir de fonction, sans fonctionnaire ». Ajoutons que des urinals récents atténuent, dans une très large mesure, les inconvénients d'une incontinence complète.

DE

LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE TEMPORAIRE

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT

DES RÉTRÉCISSEMENTS COMPLIQUÉS DE L'URÈTRE

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales sur la cystostomie.

L'étude des effets de la cystostomie chez les prostatiques montre bien qu'elle répond, en même temps qu'à une indication particulière, à des indications générales.

L'indication particulière c'est, ici, de créer une voie de dérivation permanente pour les urines auxquelles la voie normale est en général définitivement fermée. Il n'est pas superflu de faire remarquer en passant que cette indication est parfaitement remplie par la cystostomie. M. le professeur Poncet et les quelques chirurgiens qui l'ont pratiquée après lui ont signalé cette évacuation parfaite : Et. Rollet¹; D^r Guillemot² (de Thiers); Boutan en fait mention dans sa thèse³. Il n'est donc pas néces-

¹ Cystostomie chez trois prostatiques, in *Arch. prov. de chir.* p. 719, 1^{er} nov. 1893.

² In *Lyon médical*, 12 novembre 1893: Note sur deux cas urgents de cystostomie pratiqués à la campagne.

³ Boutan, thèse de Paris, 1893.

saire de drainer la vessie par les tubes Périer-Guyon pour assurer la fonction urinaire ; celles de nos observations où le drainage ne fut pas établi en apportent des preuves nouvelles.

Quant aux indications d'ordre général remplies par la cystostomie, ce sont les suivantes :

1° *Attaquer la fièvre ou pour mieux dire l'infection urineuse en son foyer d'origine.* Or ce foyer c'est le plus souvent la vessie. La rétention des produits toxiques dans le sang par insuffisance rénale a sa part, à la vérité, dans la production de l'empoisonnement urineux ; mais avant que les choses en soient arrivées là, c'est dans la vessie distendue, incomplètement évacuée, que se fait l'élaboration des toxines au sein de l'urine infectée et stagnante, et leur résorption au niveau de la paroi dépourvue de l'épithélium protecteur. Or, là où il y a du pus, il faut inciser ; c'est une règle générale à laquelle on ne fait qu'obéir en incisant la vessie. Dans ces cas d'infection urineuse sans lésions rénales « l'incision de la vessie au bistouri, dit M. Rollet, agit comme l'ouverture d'un abcès ». Elle ouvre largement la cavité infectée, permet non seulement l'évacuation des produits nocifs, liquides ou solides, mais encore la désinfection sérieuse de la vessie, que l'on ne saurait obtenir à l'aide de lavages pratiqués par la voie urétrale. Et ces lavages par la voie hypogastrique sont mieux tolérés que ces derniers. Parce qu'ils ne soumettent pas la vessie à une pareille distension, le liquide ayant toujours une large voie de retour par l'un ou l'autre côté. De plus, avec la cystostomie, on est à l'abri de l'infiltration urineuse, nouvelle source d'infection. Ainsi, désinfection vésicale large, facile, efficace,

sans crainte de complications nouvelles, telle est l'action de la cystostomie. Les résultats en sont faciles à prévoir : cessation de la fièvre, amélioration de l'état des voies digestives, retour de l'appétit, et, d'un autre côté, diminution du travail éliminateur que le rein avait à remplir, ce qui est une menace de moins pour l'avenir, en sauvegardant l'intégrité du filtre urinaire.

2° *Mettre l'organe malade au repos.* L'effet sédatif de l'ouverture vésicale a été noté par tous les auteurs à l'actif de la cystostomie. Parmi les classiques, c'est Guyon¹ : « L'incision hypogastrique fait cesser comme par enchantement les phénomènes congestifs et douloureux ». C'est Tillaux² : « Un calme absolu succède à d'intolérables douleurs ». Le D^r Myles et le D^r Ardle, en Angleterre, l'ont également signalé. M. le professeur Poncet l'a souvent répété dans ses diverses communications. Boutan, dans sa thèse, insiste aussi sur ce point, et paraît attribuer la cessation des douleurs et le repos de la vessie à une sorte de paralysie temporaire, consécutive au trauma opératoire ; mais ne serait-ce pas tout simplement l'absence de distension vésicale et de stagnation urinaire qu'il faudrait plutôt invoquer ? Quoi qu'il en soit, le fait n'en existe pas moins, et c'est chose très remarquable et très heureuse que cette cessation de la douleur, car au repos local fait suite le repos général du malade ; son état mental s'améliore, et ce sont là, tout praticien le sait bien, des facteurs très importants dans le rétablissement des malades, de ceux, en particulier, qui sont aussi grave-

¹ *Leçons cliniques sur les Mal. des voies urinaires*, 1885.

² *Chirurgie clinique*, 1894.

ment atteints que le sont en général les urinaires. Mais il y a autre chose à considérer que la cessation de la douleur. Celle-ci était liée au spasme vésical, douloureux comme celui de toutes les fibres lisses. Or, si ce spasme pouvait être consécutif à la congestion vésicale, il contribuait aussi, par lui-même, à l'entretenir, il y avait entre eux un cercle vicieux. Lui cessant, la congestion qu'il pouvait produire cesse également ; il s'ensuit donc un état local plus favorable à la disparition de l'inflammation vésicale (cystite chronique) et à la réparation des lésions qui en étaient résultées. Enfin, la cystostomie a, vis-à-vis de la mise au repos de la vessie, cet avantage d'ordre négatif, mais qui n'en est pas moins appréciable, de permettre de supprimer tout drain hypogastrique, et avec lui, une cause d'irritation locale, permanente, ainsi que M. Poncet l'a bien fait remarquer (*Mercredi médical*, 4 nov. 1891).

3° *Dériver les urines.* La cystostomie, avons-nous dit, assure l'écoulement des urines ; cette évacuation complète et continue produit, entre autres résultats, une sorte de mise à sec de l'urètre, condition éminemment favorable à toute opération que l'on aura à pratiquer sur ce dernier. Le chirurgien peut s'enhardir, aborder des opérations délicates ou étendues sans avoir à redouter la fièvre ni l'infiltration urineuses ; la réunion immédiate n'est plus soumise aux mêmes aléas. On conçoit facilement, d'autre part, que tous les accidents, s'il en existe, qui sont sous la dépendance du passage de l'urine par la voie urétrale blessée, doivent rétrocéder ou devenir plus accessibles à l'action thérapeutique dirigée contre eux ; il en est ainsi, par exemple, pour l'infiltration et les fistules urineuses.

Nous voyons donc que l'on peut, à l'aide de la cystostomie, se rendre maître des accidents généraux (fièvre et empoisonnement urineux), locaux (cystite et cystalgie), ou de voisinage (infiltration et abcès urineux) qui peuvent survenir lorsqu'il existe un obstacle urétral à l'écoulement des urines hors de la vessie ; dès lors, on ne saurait plus désirer qu'une chose : rétablir la perméabilité urétrale et la rétablir définitivement.

Cela ne paraît guère possible, pour l'heure présente du moins, en ce qui concerne l'obstacle prostatique qu'on ne saurait lever à son gré. Mais, quand cet obstacle est un rétrécissement, le chirurgien est armé ; et le procédé le plus sûr, au point de vue surtout des résultats éloignés, paraît être actuellement l'urétrectomie, qui donne, dit Villard ⁴ « une guérison immédiate, plus rapide et presque toujours plus durable que celle que l'on obtient avec la simple section de la portion rétrécie ». Quelle que soit d'ailleurs l'intervention dirigée contre le rétrécissement, elle a tout à gagner d'être associée à la cystostomie, et l'on arrivera plus aisément ainsi, même dans les cas difficiles, à restituer au canal un calibre suffisant ou même normal.

Mais, dès lors, à quoi peut bien servir encore la bouche vésicale hypogastrique ? A rien autre assurément qu'à constituer une infirmité aussi peu esthétique que désagréable. Il faut donc songer à supprimer l'urètre sus-pubien devenu inutile. Cela exige-t-il une intervention chirurgicale ? Pas le moins du monde, il suffit de laisser agir la nature qui, d'ailleurs, aura déjà prévenu le désir

⁴ *Archives provinciales de Chirurgie*, mars 1894.

du chirurgien. En effet, dès que l'urètre est redevenu perméable et que les urines se mettent à en reprendre le chemin, le méat hypogastrique commence à se rétrécir progressivement, et finit par s'oblitérer complètement, laissant à sa place une cicatrice solide et régulière. Tous les cystostomistes ont été frappés de la rapidité avec laquelle se fait cette occlusion, dès que l'urètre est redevenu perméable (Poncet, Rollet, Lejars, Loumeau, Myles).

La cystostomie peut donc n'être que temporaire. M. le professeur Poncet dans ses publications, Desnos au récent congrès de Rome (mars 1894), ne considérant que les prostatiques, ont bien songé à la possibilité du rétablissement de la perméabilité urétrale (par décongestion des tissus), et par suite à celle d'une cystostomie temporaire. Mais, en somme, chez les prostatiques, ce qu'il y a de plus sûr, si l'on veut se mettre à l'abri de nouveaux accidents, c'est de créer un urètre sus-pubien permanent. Toutes les fois, au contraire, qu'il sera possible de lever définitivement l'obstacle urétral, l'idéal de la cystostomie sera d'être temporaire; le chirurgien la pratiquera pour répondre aux indications que nous venons d'énoncer, la cystostomie étant alors adjuvante, préliminaire ou complémentaire des opérations effectuées pour la cure des rétrécissements. Telle avait été l'idée de M. le professeur agrégé Et. Rollet; si d'autres chirurgiens ont paru l'émettre avant lui, il convient de dire qu'il l'avait déjà réalisée en 1892, tandis que c'est en 1893 seulement que M. Lejars, en France, M. Myles en Angleterre soulèveront cette question de la cystostomie temporaire chez des malades non prostatiques.

Après cet aperçu des effets, en quelque sorte généraux, de la cystostomie et après avoir reconnu qu'elle peut être temporaire, nous allons étudier maintenant séparément, et avec quelques détails, les complications particulières des rétrécissements que nous considérons comme des indications à la cystostomie sus-pubienne temporaire.

CHAPITRE II

Indications de la cystostomie temporaire dans les cas de rétrécissements compliqués d'infection urinaire.

La dénomination d'infection urinaire paraît avoir remplacé, à l'heure actuelle, celle d'empoisonnement urinaire qui, hier encore, était l'expression classique. C'est là évidemment une conséquence du développement des idées microbiennes depuis que Pasteur a démontré (1860) la production de la fermentation ammoniacale de l'urine sous l'influence d'un microorganisme, la *torula ureæ*, depuis surtout les recherches de Miquel, de Bouchard, de Clado, de Hallé et d'Albarran, et d'autres qu'il serait trop long de citer. A mesure que les chercheurs se multipliaient, le nombre des microbes pathogènes signalés dans l'urine augmentait dans des proportions inquiétantes, que Capman est venu réduire, en montrant l'identité de certains microbes, dont la diversité des noms s'expliquait

seulement par la multiplicité des parrains¹. Les microorganismes banals de la suppuration, les *staphylococcus pyogenes aureus*, *albus*, *pyocyaneus*, le bacille *coli* se rencontrent d'ailleurs dans les urines infectées à côté d'espèces bien spéciales, comme l'*urobacillus liquefaciens septicus*.

Les anciennes théories de l'absorption urinaire (Velpeau, 1840) et de la rétention, *théorie rénale*, (Verneuil, 1856) se concilient parfaitement avec la doctrine microbienne. Et, dans l'explication pathogénique de l'infection urinaire, il faut être éclectique. Guyon qui admet les deux théories de l'absorption et rénale ajoute même : « Il est surabondamment démontré que l'empoisonnement urinaire peut naître et évoluer sans le secours de modifications apportées au liquide urinaire par le mélange d'éléments qui lui sont étrangers, tels que le pus ou les ferments. » Les auteurs se sont ralliés à cette opinion, et l'on admet généralement que l'empoisonnement urinaire chronique est plus spécialement sous la dépendance de lésions rénales. En somme, dans la pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires, il faut, suivant les lois de la pathologie générale, considérer non seulement l'agent infectieux, mais aussi le terrain. Quelles sont donc les causes susceptibles de faire varier la réceptivité de ce terrain ? Guyon a signalé, à ce point de vue, deux causes d'infection : 1° une altération quelconque de l'appareil urinaire ; 2° le trauma urétral.

A l'état normal la surface muqueuse vésicale n'absorbe pas (Susini), et c'est elle surtout qui nous intéresse,

¹ Capman, th. de Montpellier, 1893.

puisque la vessie constitue le réservoir où l'urine s'accumule avant d'être expulsée au dehors. On conçoit qu'un traumatisme né sur place (calculs) ou venu du dehors (corps étrangers, instruments) puisse ouvrir une voie à l'absorption. Mais ce n'est point là le mécanisme ordinaire, celui par lequel la vessie devient pour ainsi dire spontanément absorbante. L'affection qui détermine la chute de l'épithélium protecteur est la cystite chronique, liée presque toujours elle-même à la stagnation de l'urine (Guyon). Les germes qui provoquent la décomposition de l'urée ne le font que dans ces circonstances (Guiard); mais, dès qu'elles existent, les urines peuvent subir la transformation ammoniacale qui contribue avec les produits microbiens à augmenter considérablement leur toxicité.

En ce qui concerne l'urètre, qui n'est plus un réservoir, mais simplement une voie de passage, une solution de continuité dans la couche épithéliale n'est pas suffisante pour amener la pénétration de l'urine dans les tissus ou les vaisseaux, tandis que le contact permanent la détermine (Guyon). Ce qu'il faut en plus, c'est la pression au niveau du point lésé. Or, elle existe toujours à un certain degré en arrière d'un rétrécissement, à son niveau même lorsqu'il a été divisé par l'urétrotomie interne, car il subsiste toujours, de par l'inégalité brusque du canal, un obstacle qui accroît en ce point la pression.

Ainsi l'altération des voies urinaires et en particulier de la vessie et de l'urètre, peut donner lieu à l'infection par le mécanisme de l'absorption. Mais, sans qu'on puisse invoquer ce mécanisme, le trauma urétral peut aussi provoquer des accidents d'infection urinaire. C'est un fait

banal qu'ils peuvent survenir malgré toutes les précautions antiseptiques, et la douceur des manœuvres, après qu'on aura cherché à franchir un rétrécissement ou à le dilater, ou même après un simple cathétérisme évacuateur. Sans vouloir chercher et discuter les explications théoriques qu'on a pu donner de ces faits, nous nous bornerons à constater qu'il en résulte la nécessité de se montrer très sobre d'actions mécaniques sur l'urètre, et, quand on doit y recourir, d'éliminer toutes les conditions nouvelles qui pourraient favoriser la production de l'infection redoutée.

Ces données pathogéniques vont nous permettre d'établir les indications d'un traitement rationnel. Mais auparavant voyons rapidement sous quels aspects cliniques se révèle l'infection urinaire. Elle peut être afebrile et même hypothermique, et présente alors une marche chronique. Quant à l'infection fébrile, depuis Guyon, qui les a si bien décrites, et en quelque sorte schématisées, on lui reconnaît trois formes : le premier type de la forme aiguë, accès franc à évolution rapide, généralement unique ; le deuxième type de la forme aiguë, accès prolongés ou répétés ; la forme chronique ou lente, fièvre continue d'intensité et de durée plus ou moins grande, et dans le cours de laquelle peuvent survenir des paroxysmes ; dans cette forme les symptômes dominants sont fournis par les troubles digestifs et l'état général.

En quoi consistera le traitement ? Les auteurs mettent généralement en première ligne le traitement médical, qui est purement symptomatique, alors que le traitement chirurgical s'adressant à la cause originelle de l'infection constitue au contraire une thérapeutique vraiment rationnelle. Nous pensons que le traitement médical est, en effet,

tout d'abord indiqué dans le premier type de la forme aiguë, où il importe de provoquer rapidement une réaction générale. Mais il n'en est pas de même pour les autres formes de l'infection urineuse, même fébrile. Guyon cite des faits où l'indication chirurgicale fut nettement posée par la production ou l'augmentation de la fièvre dans le courant d'un traitement par la dilatation. Bouilly ¹ dit que les accès de fièvre consécutifs à des rétrécissements pourront disparaître à la suite de l'urétrotomie interne, du cathétérisme répété, ou de l'établissement d'une sonde à demeure. Phélip², élève d'Ollier, préconise fort l'urétrotomie externe lorsque le rétrécissement s'accompagne de lésions rénales ; il faut au plus tôt débarrasser le malade de la lésion urétrale. C'est là le point capital. En somme, ce qui importe surtout, c'est de supprimer la cause occasionnelle de la fièvre, l'évacuation imparfaite et pénible de la vessie.

Ce n'est pas la seule indication ; la plus importante, après celle-là, nous paraît être celle de l'antisepsie vésicale ; elle est surtout impérieuse dans les formes chroniques, fébriles ou non, alors que le rein est menacé ou même déjà atteint. Il faut donc attaquer le mal en son foyer, et non seulement entraver, supprimer l'action des ferments figurés ou non, mais encore diluer l'urine qui, même saine, est susceptible, étant absorbée, de provoquer des phénomènes d'infection (Guyon).

Enfin, il faut supprimer toute cause possible d'irritation mécanique capable de déterminer des réflexes sur le rein. Ces réflexes, en effet, par la congestion rénale qu'ils pro-

¹ *Manuel de pathologie externe.*

² Thèse de Lyon, 1886.

duisent, ont la plus désastreuse action sur l'élimination rénale, et par conséquent, contribuent à aggraver considérablement l'état du malade.

Revenons à la première indication : faire cesser la stagnation de l'urine dans la vessie. Il ne saurait être ici question de ponction capillaire, traitement purement palliatif ; mais examinons la valeur des divers procédés qui s'adressent à la cause même de cette stagnation, c'est-à-dire, en l'espèce, aux rétrécissements de l'urètre. Nous avons indiqué plus haut pourquoi l'urétrotomie interne pure est inutile et dangereuse ; presque toujours, en effet, elle est suivie d'un violent accès aigu. Peut-on se mettre à l'abri de cette fâcheuse éventualité en plaçant, après l'opération, une sonde à demeure ? Non absolument. Si la sonde se trouve serrée au niveau de la portion rétrécie, comme elle jouera toujours assez librement dans le col vésical, l'urine passera entre elle et les parois urétrales, et, au moment de la miction, toutes les conditions de pression seront au mieux réalisées pour que le malade « pisse dans ses veines ». Il faut donc que la sonde ne soit pas serrée dans le rétrécissement ; et cependant, même alors, la fièvre pourra être consécutive à son établissement. Guyon, dont l'habileté est indiscutable, l'a observée deux fois sur vingt cas dans ces conditions (*loc. cit.*). Pauffard¹ rapporte dans sa thèse plusieurs observations où la sonde à demeure a dû être supprimée en raison de l'apparition d'accidents infectieux : observations IX, XXI, XXIII, XXVI.

La sonde à demeure est d'ailleurs une *voie d'infection*.

¹ Pauffard, thèse de Paris, 1879.

C'est l'opinion de Gripat¹ qui en donne comme raison l'entrée de l'air dans la vessie. Guyon a vu, d'autre part, que les urines deviennent rapidement ammoniacales à l'intérieur de la sonde, ce qui est une preuve de fermentation microbienne. M. Poncet dit que c'est le plus grand grief qui lui soit imputable². Il est vrai que l'on pourrait lutter contre cet état ammoniacal ou prévenir son développement par de fréquents lavages, ou encore en empêchant l'urine de séjourner dans la sonde, indication que Gripat pensait devoir être réalisée par l'emploi du siphon vésical imaginé par son maître Panas. Malheureusement, même en admettant que cet appareil fonctionnât à merveille sans faire jamais défaut, il n'en constituerait pas moins une *source d'irritation* de l'urètre et de la vessie, par suite du contact permanent du tube-siphon, qui doit pénétrer dans la vessie. Cette action irritative mécanique a été signalée par M. Poncet, dans ses diverses publications, par Boutan, dans sa thèse, à propos des prostatiques; nous pensons que l'argument conserve sa valeur vis-à-vis des rétrécis. Et nous avons dit qu'il importe beaucoup, tandis qu'il existe des phénomènes d'infection urinaire, de ne pas exercer de nouveaux traumatismes locaux susceptibles de se répercuter sur les reins.

Cette nécessité de la sonde à demeure est un des points faibles de la cure des rétrécissements par opération sanglante, urétrotomie interne ou externe, urérectomie; c'est elle qui fait ces opérations souvent insuffisantes con-

¹ Gripat, thèse de Paris, 1873.

² Poncet, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 16 Juin 1894.

tre les complications d'empoisonnement urinaire. En supprimant une des causes de cet état mortide, la stagnation urinaire, on en établit de nouvelles. Est-on même sûr d'assurer une évacuation parfaite ? Avec des urines et un réservoir vésical altérés, il arrive souvent de voir la sonde s'incruster de dépôts calcaires, phosphatés, etc. ; s'oblitérer même parfois. Et, d'autre part, il nous semble difficile de faire par la sonde une antiseptie aussi parfaite qu'il serait désirable de l'obtenir, d'autant plus que les lavages par cette voie sont souvent mal tolérés (Poncet).

Tous ces inconvénients disparaissent ou sont fort atténués par l'établissement de la cystostomie, dont M. le professeur Poncet a bien mis en lumière l'utilité, à propos des prostatiques, vis-à-vis de l'infection urinaire, aussi bien au point de vue de l'antiseptie qu'à celui des autres indications dont nous avons déjà parlé plus haut : évacuation complète des urines et mise au repos des voies urinaires. M. Poncet a montré cette opération nécessaire aussi bien dans les poussées aiguës d'infection que dans l'infection urinaire chronique sans fièvre, même chez les vieux rétentionnistes en apparence tolérants. A l'inverse de certains chirurgiens, nous ne croyons pas non plus que parce que de rares malades peuvent se sonder avec des sondes malpropres, pendant longtemps, sans paraître en souffrir, on puisse tirer de ces faits un argument contre la cystostomie ; ce serait retourner bien loin en arrière, et méconnaître tous les progrès accomplis depuis vingt ans, grâce à la méthode antiseptique. Après M. Poncet, Rou-tier, Tuffier ¹ ont retiré de bons effets de la cystostomie pour infection chez les prostatiques.

¹ Société de Chirurgie, Paris, 7 novembre 1894.

En publiant (*Lyon médical*, 22 octobre 1893) le cas de cystostomie qui fait l'objet de notre observation I, M. Et. Rollet disait : « C'est le mauvais état général du malade, l'intensité des phénomènes infectieux, qui nous détermina à pratiquer ces deux opérations, nous rappelant, à ce moment, avoir vu succomber des malades à l'empoisonnement urinaire, malgré le débriement du canal et la sonde à demeure. Chez notre rétréci l'intoxication urinaire avait son point de départ et son siège dans la muqueuse vésicale ; ouvrir temporairement la vessie, c'était s'attaquer à la source d'infection et débarrasser l'organe des produits toxiques qui s'y accumulaient. Le résultat fut tel que nous l'espérions ; aussitôt après cette double intervention, ouvertures vésicale et urétrale, les accidents cédèrent brusquement. » Nous avons revu nous-même ce malade en septembre dernier ; son état est tout à fait satisfaisant. M. le professeur agrégé Lejars (*loc. cit.*) posait aussi l'infection urinaire chez les rétrécis comme une indication à la dérivation hypogastrique par cystostomie sus-pubienne. Il a bien voulu nous communiquer deux observations inédites qui lui appartiennent, et datant de mai et juin 1893. Dans ces deux cas, il y avait des rétrécissements momentanément infranchissables ; mais, pas plus que dans l'observation I, l'ouverture de la vessie ne fut faite pour permettre le cathétérisme rétrograde. Ce furent les accidents infectieux qui la commandèrent ; dès que la dérivation hypogastrique fut établie, ils disparurent, en même temps que rétrocédaient les accidents locaux, qui, dans l'un de ces cas, étaient fort pressants.

En août dernier, M. Rollet eut encore l'occasion de

pratiquer la cystostomie chez un rétréci infecté ; c'est le malade de l'observation IV. Depuis longtemps ce malade avait des mouvements fébriles, des troubles gastriques ; à son entrée, si la température était peu élevée, l'état général était médiocre et les urines étaient *putrides*. Rétrécissement d'ailleurs infranchissable, rétention aiguë, fausses routes, urétrorragies. La cystostomie fut pratiquée d'urgence pendant la nuit. Le malade, que nous avons revu, nous a dit qu'il fut immédiatement soulagé. La dérivation urinaire se montra utile ensuite pour permettre à la cicatrisation de s'effectuer dans ce périnée délabré, malgré l'état duquel on avait tenté cependant l'urèctomie et l'urétroplastie immédiate. En raison de l'état déplorable des tissus périurètraux, une durée de trente-quatre jours pour la cicatrisation complète ne paraîtra pas un trop long délai. L'état local s'est toujours maintenu satisfaisant dans la suite, grâce au passage de Béniqué, et trois mois plus tard l'état général était excellent.

Ainsi la cystostomie donne des résultats remarquablement bons, et c'est parce qu'elle remplit plus parfaitement le rôle demandé jusqu'ici à la sonde à demeure, ou même parce qu'elle supprime les inconvénients de celle-ci en permettant de s'en passer. Cependant, même lorsqu'on aura dû placer une sonde à demeure, nous pensons que celle-ci acquiert de par le fait de la cystostomie une innocuité relative. Alors, en effet, l'infiltration de l'urine entre la sonde et les parois du canal n'est plus à craindre en raison de la complète dérivation hypogastrique ; il devient plus facile, par la même raison, de s'opposer à la propagation de l'infection le long de la sonde ; et quant à l'irritation, elle n'aura guère le temps de se produire, mais

si elle venait à se manifester au bout de quelques jours, il serait facile de la supprimer en enlevant la sonde dont le rôle de tuteur vis-à-vis de la cicatrisation urétrale s'est suffisamment exercé. En résumé, la cystostomie permet de lutter victorieusement contre les accidents infectieux développés chez les rétrécis, que l'intensité de l'infection, l'intolérance vis-à-vis de la sonde à demeure, l'impossibilité parfois matérielle d'en placer en cas de rétrécissements momentanément infranchissables, ne rend pas justiciables des procédés de traitement jusqu'ici employés. Mais chez ces malades, la cystostomie doit être temporaire, et le traitement doit viser à rétablir avec le calibre urétral le mode normal de la miction. Et même, au cas où cela serait impossible, nous pensons qu'il est préférable de doter le malade de l'urètre périnéal imaginé par de M. Poncet, que de l'urètre hypogastrique permanent.

CHAPITRE III

Indications de la cystostomie temporaire dans les cas de rétrécissements complicés d'infiltration urineuse.

Issue brusque d'une grande quantité d'urine hors des voies naturelles, et tendance à l'envahissement du tissu cellulaire voisin, telles sont les deux caractéristiques de l'infiltration urineuse. Si elle peut survenir en un point quelconque des voies urinaires, y compris le rein lui-même, c'est le plus souvent au périnée qu'elle se montre en clinique, et c'est alors à la suite d'une lésion urétrale. Les traumatismes opératoires (taille latéralisée, fausses routes) ou accidentels (fracture du pubis) déterminent l'infiltration de la loge supérieure, mais la grande majorité des infiltrations superficielles du périnée sont dues à la rupture spontanée de l'urètre en arrière d'un rétrécissement. Quelquefois, c'est une rupture traumatique qui leur donnera naissance. On sait bien, depuis Voillemier, que la contraction vésicale dans les efforts de la miction

est la cause qui, par son action mécanique, non seulement détermine l'infiltration, mais encore régit dans la suite son étendue et sa rapidité. Pour celle-ci néanmoins, d'autres facteurs doivent être invoqués, et l'on doit tenir compte en outre de la grandeur de la déchirure urétrale, de la qualité de l'urine épanchée. La limitation de l'infiltration par réaction inflammatoire des tissus, permise, à la rigueur, avec une urine saine, ne saurait être possible quand ce liquide est altéré par des fermentations. On a voulu faire jouer un grand rôle dans ce sens à l'état ammoniacal de l'urine (Verneuil, Muron) : il n'est pas douteux que la gangrène du tissu cellulaire est fatale avec ces urines putrides où pullulent toutes les associations microbiennes.

Les rétrécissements blennorragiques étant généralement localisés au cul-de-sac du bulbe, la rupture urétrale se fait à l'union de la portion bulbeuse et de la portion membraneuse, c'est-à-dire au-dessous de l'aponévrose moyenne du périnée. L'urine envahit la loge superficielle, et de là se répand dans le tissu cellulaire du scrotum, du pénis, remontant, par la voie du ligament suspenseur, dans la paroi abdominale antérieure, et envahissant parfois les régions lombaire ou même axillaire, tandis qu'elle peut s'étendre par en bas du côté de la cuisse. On conçoit aisément de quel ensemble terrifiant de phénomènes généraux peuvent s'accompagner de tels désordres. La résorption, si facile par la voie sous-cutanée, et sur une aussi vaste surface, des produits urinaires normaux ou infectieux entraîne rapidement une adynamie profonde, alors que, localement, s'établit la gangrène qui aboutira à l'élimination des tissus atteints, si la mort ne survient

pas auparavant par le progrès de l'intoxication générale.

De ce rapide aperçu de la pathogénie et de la marche de l'infiltration urinaire, il ressort que le traitement doit remplir les indications suivantes : 1° *agir rapidement* ; 2° *donner issue à l'urine infiltrée* ; 3° *rétablir le cours normal de l'urine* pour empêcher toute nouvelle infiltration. Grandes incisions libératrices, sonde à demeure avec ou sans urétrotomie interne ou externe, tels sont les procédés auxquels jusqu'à ces dernières années, ont eu recours les chirurgiens, les uns se contentant d'inciser, les autres cherchant à remplir plus complètement les indications, en s'efforçant de rétablir la perméabilité urétrale et d'oblitérer l'orifice de pénétration de l'urine. Nous ne referons pas l'historique de ces traitements, M. Averous l'ayant très complètement établi dans une thèse encore récente¹ ; nous rappellerons seulement que si Chopart, tout en préconisant l'incision des tissus, mettait en première ligne le rétablissement de la perméabilité urétrale au moyen de la sonde à demeure, la plupart des chirurgiens se sont préoccupés surtout de donner issue à l'urine infiltrée, à l'aide des incisions larges et multiples. C'était la conduite tenue par Boyer, Voillemier, Bonnet, Gosselin, et, après eux, par Follin et Duplay, Flaubert de Rouen ; Desnos, Guyon sont aussi d'avis qu'il faut attendre quelques jours avant d'agir sur l'urètre, en particulier par le cathétérisme. « Dans les cas d'infiltration, dit Guyon, il faut se contenter de mettre les malades en état d'éliminer leurs produits toxiques, urine ou suppura-

¹ Averous. Thèse de Bordeaux, 1892.

tion. » Cependant d'autres chirurgiens n'hésitent pas à rétablir dans la même séance la perméabilité urétrale par l'urétrotomie interne (Bœckel, Terrillon) ou l'urétrotomie externe (E. Monod, Phélip). Dubuc considère même cette dernière opération comme absolument nécessaire, avec l'établissement d'une sonde à demeure. Quant à M. Averous il s'étend particulièrement sur les soins antiseptiques, lavages et pansements des incisions, et sur le traitement médical général tonique, et destiné à combattre l'état ammoniacal des urines. Ainsi, il y a à peine deux ans, le traitement de l'infiltration urineuse pouvait se résumer dans l'emploi des grandes et multiples incisions sur les tissus infiltrés combiné ou non avec celui de la sonde à demeure après section des rétrécissements. Réalisait-il entièrement les indications auxquelles il s'efforçait de répondre ? Il faut bien avouer que non, et, qu'en dépit des résultats remarquables parfois obtenus, il ne constituait en somme qu'un pis aller. Ce qu'il y avait surtout de défectueux en lui, son point faible, c'était la façon dont il prétendait lutter contre l'infiltration nouvelle au niveau de la solution de continuité urétrale. Pour oblitérer complètement cette porte d'entrée, ou pour dériver l'urine de telle sorte qu'elle ne puisse plus venir à chaque miction baigner la brèche si fâcheusement ouverte, la sonde à demeure ne peut être qu'insuffisante ! La crainte légitime de produire des ulcérations, sources nouvelles d'infiltration nous interdit d'employer des sondes assez volumineuses pour presser contre les parois du canal; et si nous nous servons d'une sonde plus petite, la dérivation absolue n'est plus qu'une illusion dangereuse puisque l'urine pénètre alors presque fatalement entre la sonde et les

parois urétrales, puisqu'elle le fait d'une façon continue avec, au moment de la miction, des poussées tout à fait favorables à la reproduction indéfinie de l'infiltration. Ces conditions ne sauraient permettre d'espérer une cicatrisation rapide de la plaie urétrale, ni par conséquent une prompte guérison ; nous ne ferons que rappeler le mauvais fonctionnement fréquent de la sonde à demeure, l'intolérance qu'elle amène souvent, la production de la fièvre, la difficulté de faire une antisepsie large des voies urinaires, — question très importante dans les cas qui nous occupent, — toutes choses sur lesquelles nous avons assez insisté dans les précédents chapitres pour n'avoir pas à y revenir ici.

Les faits, d'ailleurs, sont d'accord avec la théorie. En parcourant les observations relatées dans la thèse de M. Averous, nous avons trouvé plusieurs exemples notoires de cette insuffisance de la sonde à demeure. C'est ainsi que l'observation VII nous montre chez un rétréci, une infiltration d'urine périnéoscrotale, ayant ensuite envahi la fesse : les débridements et la sonde à demeure constituèrent la partie la plus importante du traitement. Mais, pendant six mois les abcès urineux se répètent ; les urines, malgré des lavages au nitrate d'argent restent purulentes et alcalines durant fort longtemps ; on voit bien que la sonde à demeure enraye mal la marche de l'infiltration. Dans l'observation V, — due à M. Pousson, — elle est tout à fait impuissante et le malade meurt six jours après le début des accidents, qui n'avaient pourtant rien de formidable. Nous pourrions citer bien d'autres faits encore ; mais nous pensons que ceux-ci, relativement récents, sont assez édifiants par eux-mêmes.

Ce qu'il y a de défectueux, en somme, dans ces traitements, c'est la dérivation urinaire, et la raison en est en ce qu'on cherche à l'obtenir en utilisant la voie urétrale. Il faut donc l'établir d'un autre côté et nous ne croyons pas qu'il soit possible de le faire plus avantageusement que par la voie hypogastrique, qui est le chemin le plus simple, le plus commode et le moins dangereux, si l'on veut bien employer pour le créer un procédé pouvant mettre sûrement à l'abri de la blessure du péritoine et de l'épanchement de l'urine soit dans le tissu cellulaire pré-vésical, soit dans la cavité péritonéale elle-même. Or, ce procédé existe et c'est la cystostomie sus-pubienne.

C'est à M. le professeur agrégé Lejars (de Paris), que revient l'honneur de l'avoir appliquée au traitement de l'infiltration urineuse. Son observation date du 9 mars 1894, et fut publiée en résumé quelques mois plus tard. On la trouvera plus loin au complet (obs. V). Bien que l'origine de cette infiltration soit une rupture de la verge, nous avons pensé que les conditions dans lesquelles se présentait le malade (impossibilité de faire pénétrer une sonde dans la vessie, rétention d'urine) le rapprochaient assez des malades porteurs de rétrécissement pour que nous puissions relater son observation à côté de celles de véritables rétrécis. Toute la verge et la région hypogastrique étaient infiltrées; l'incision de la vessie donna issue à un liquide noirâtre et fétide. Le malade fut immédiatement soulagé; l'infiltration ne s'étendit pas davantage, et l'élimination des téguments sphacelés se fit sans encombre. C'est la meilleure preuve de l'efficacité de la dérivation aussi bien au point de vue local, qu'au point de vue général. Dès que l'on put prati-

quer la dilation du canal, l'urine reprit le chemin de l'urètre cicatrisé, et l'orifice hypogastrique était définitivement fermé quarante jours après qu'il avait été créé.

Dernièrement, M. Rollet a eu à son tour l'occasion de pratiquer la cystostomie pour une infiltration d'urine. Mais c'était dans des conditions telles que l'espoir de sauver le malade était bien précaire ; et si ce malade est mort, nous ne croyons pas qu'il vienne à la pensée de personne d'en rendre l'opération responsable. Il y aurait même quelque apparence de vérité à dire que si ce malade, apporté dans le coma, a survécu six heures, il l'a dû peut-être à la cystostomie, qui a permis d'évacuer un flot d'urines putréfiées roussâtres, aussi bien qu'aux larges débridements qui ont donné issue à la sérosité non moins putride, infiltrée dans les tissus. Ce sont là des cas désespérés où tout ce qui peut être tenté l'est par la cystostomie, avec laquelle on met de son côté les quelques chances possibles de sauver le malade, s'il en reste. Il en est de la vessie dans ces formes d'infiltration urineuse, comme des abcès dans la septicémie ; il faut l'ouvrir pour donner issue aux produits septiques, et empêcher leur résorption, et pour pratiquer largement l'antisepsie de la cavité qui les contenait.

Pourquoi, du reste, dans l'infiltration, débrider les régions périnéale, scrotale, crurale, iliaque, etc., et ne pas ouvrir la région hypogastrique et la vessie ? Pratiquer alors la cystostomie ce n'est pas faire autre chose qu'appliquer au cas particulier les règles d'une méthode générale, c'est intervenir radicalement, c'est, par suite, échapper à tous les mécomptes qui doivent fatalement résulter des demi-mesures et des attermoiements !

CHAPITRE IV

Indication de la cystostomie temporaire dans les cas de rétrécissements compliqués de fistules rebelles

Bien que la cystostomie ait pu être appliquée au traitement des fistules vésicales et même urétérales, comme Albarran en a rapporté un cas tout récemment au Congrès de chirurgie de Lyon (9 octobre 1894), nous n'envisageons ici que les fistules de l'urètre, et en particulier celles qui sont consécutives aux rétrécissements du canal. Quels que soient, d'ailleurs, leur mode de production et leur siège, le fait le plus important de la physiologie pathologique des fistules urinaires réside dans le contact incessamment renouvelé de l'urine avec les tissus qu'elle traverse. C'est là le principal, sinon le seul obstacle à la cicatrisation, et c'est lui qu'il faut supprimer, si l'on veut instituer une thérapeutique rationnelle.

Généralement simples au niveau du pénis, comme il peut arriver à la suite de certains rétrécissements trau-

matiques, les fistules urinaires deviennent le plus souvent fort compliquées quand elles siègent au périnée, ce qui est le cas des fistules consécutives aux rétrécissements blennorragiques. Si l'orifice interne est habituellement unique, il n'est pas rare d'observer plusieurs orifices cutanés parfois très distants les uns des autres. Au hasard des infiltrations et des abcès secondaires, régis d'ailleurs par la disposition anatomique et la réaction inflammatoire des tissus, les trajets se compliquent de diverticules conduisant à des cavités remplies d'urine ou de pus ; sous l'influence de l'irritation produite par le contact anormal de ces liquides, les parois s'enflamment, se recouvrent d'une sécrétion plus ou moins purulente, et à la longue subissent une sorte d'*épidermisation* ; d'autre part, la réaction inflammatoire des tissus voisins, aboutit à la production diffusément ou par places de masses indurées et scléreuses, de *callosités*, qui ne contribuent pas peu à rendre plus difficiles l'accollement des parois, leur cicatrisation, et par suite, l'oblitération des trajets fistuleux.

Le traitement doit donc remplir deux indications :
1° *soustraire les trajets fistuleux au contact de l'urine* ;
2° *agir directement sur leurs parois* pour les modifier dans un sens favorable à la cicatrisation. Cette dernière indication est remplie par l'emploi de diverses injections irritantes ou caustiques, par celui des incisions, cautérisations, ou de l'excision dont Voillemier et Daniel Mollière avaient fait une méthode générale de traitement des fistules accompagnées d'induration. Mais ces actions thérapeutiques n'ont qu'un intérêt secondaire. Avant tout, puisque « la solution de continuité est subordonnée à la cause qui l'entretient » (Cruveilhier), le traitement doit

viser cette cause, le rétrécissement qui pousse l'urine hors de sa voie, l'urine elle-même qui modifie à la longue les parois de son nouveau trajet (Pauffard). Or, il ne suffit pas de diviser le rétrécissement pour voir l'urine abandonner le chemin des fistules ; il faut, pour l'empêcher de le faire, recourir à un artifice. C'en fut un très ingénieux que la compression imaginée par le regretté Diday, compression exercée par le malade lui-même, au moment de la miction, et au niveau des fistules, à l'aide d'un ballon en caoutchouc. Mais ce procédé ne saurait suffire dans les cas d'une certaine gravité ; et, jusqu'ici la faveur des praticiens s'est partagée entre le cathétérisme évacuateur, répété toutes les fois que le besoin s'en fait sentir, et l'établissement d'une sonde à demeure. Avant de juger l'un et l'autre, n'oublions pas que nous agissons sur un urètre chirurgicalement traumatisé par l'urétrotomie interne ou externe, qu'il y a là une solution de continuité toute prête aux fausses routes, une plaie toute prête à l'absorption, en tout cas un point dont la cicatrisation demande à la fois à être protégée et à être dirigée.

Voyons comment, dans ces conditions, agira le cathétérisme répété. Et tout d'abord, n'y a-t-il pas lieu de craindre qu'il ne soit l'occasion trop souvent renouvelée de l'infection de ce milieu, où l'antisepsie est si difficile à réaliser ? Et surtout, ne va-t-il pas troubler par son action traumatique les phénomènes si délicats, par où s'ébauche la cicatrisation ? De plus, le cathétérisme répété provoque des spasmes réflexes du sphincter urétral, qui sont fort douloureux ; chaque manœuvre ajoute sa part d'irritation qui finit souvent par aboutir à l'intolérance. C'est là un fait bien connu, dont notre observation XII offre encore

un exemple. Un reproche non moins grave, est celui de provoquer facilement des accès fébriles. Guyon y insiste à plusieurs reprises (*loc. cit.*), et montre que, sur soixante malades soumis au cathétérisme évacuateur, seize ont eu des accès fébriles consécutifs, et quatre fois la fièvre a pris droit de domicile. Ce n'est pas seulement chez les sujets à urètre intolérant que la fièvre survient ainsi, mais on peut l'observer aussi à la suite d'un cathétérisme dont le seul défaut est d'être mal conduit, comme il arrive souvent lorsque les malades se sondent eux-mêmes; il est donc dangereux de laisser aux malades le soin de ce cathétérisme (Pauffard). Enfin, même en écartant tous ces inconvénients, il reste encore celui-ci que « ce moyen seul est insuffisant ». Ainsi parle Reliquet qui avait cependant pour lui des préférences bien marquées, et Benjamin Brodie, en 1845, disait de ce procédé : « Il a les mêmes inconvénients que la sonde à demeure, sans empêcher le contact de l'urine avec la fistule. »

Sera-t-on plus heureux avec la sonde à demeure ? Avec elle, plus de traumatismes périodiques ; la cicatrisation du canal va trouver en elle un tuteur, une sorte de moule sur lequel elle pourra s'effectuer. L'évacuation constante des urines paraît assurée, et les trajets fistuleux à l'abri. Cependant tous ces avantages ont été fort discutés. Après avoir été employée presque exclusivement, pendant la première moitié de ce siècle, par Ledran, Desault, Choppart, Boyer, Amussat, la méthode de la sonde à demeure fut l'objet de nombreuses attaques dont Mercier donna le signal, en 1840, dans un mémoire où il montrait des ulcérations produites par le contact de la sonde au niveau des courbures de l'urètre, et où il décri-

vait même des fistules déterminées par ce mécanisme. Bientôt (1842) Velpeau¹ reprochait à la sonde d'irriter les tissus, d'entretenir la suppuration et l'écartement de la plaie, et Reliquet² à son tour la rejetait complètement pour les mêmes raisons. Sir H. Thompson³, Guyon ont également signalé ces ulcérations du canal ou de la vessie avec infiltration, gangrène, fistules consécutives, après des applications défectueuses. Aussi, Guyon recommandait-il bien, comme étant un point des plus importants « que la sonde joue librement dans le canal ».

Mais alors l'infiltration devient possible entre la sonde et les parois urétrales. Velpeau l'avait déjà signalée (*loc. cit.*). Thompson en fait quelque chose de fatal « quelque gros que soit l'instrument et quelque parfaite occlusion qu'il exerce d'abord sur le canal, avant que vingt-quatre ou trente-six heures se soient écoulées il pourra remuer dans le canal, et l'urine s'écoulera entre lui et les parois de l'urètre... L'écoulement reconnaît pour cause l'attraction capillaire ; cette action est continuelle et paralyse inévitablement tous nos efforts pour préserver le canal du contact de l'urine ».

Phélip, dans sa thèse, Tillaux (*loc. cit.*) émettent un avis qui n'est guère moins rigoureux. Nous-mêmes avons trouvé de nombreuses observations où il en est de même, en particulier l'observation VII de la thèse d'Averous, et l'observation XIII de la thèse de Pauffard. Cette infiltration

¹ *Dictionnaire de médecine*, t. XXVI, p 142.

² Reliquet, *Traité des opérations des voies urinaires*, Paris 1871.

³ Sir Henry Thompson, *Traité des mal. des voies urinaires*, 1875.

d'urine le long de la sonde est encore favorisée par l'oblitération de celle-ci du fait des concrétions sédimenteuses ou des grumeaux muco-purulents qui prennent naissance dans les urines altérées. Nous avons rencontré des exemples de cette oblitération dans l'observation IV de la thèse de Payri, et dans les obs. X et XXVI de celle de Pauffard. Il semblerait *a priori* qu'il doit être facile, au moyen d'injections, de déboucher la sonde et de s'opposer à la formation de ces concrétions gênantes en modifiant les urines et le réservoir vésical ; mais l'expérience prouve qu'il n'en est rien « Il est des cas, dit Guyon, où les urines sont tellement incrustantes que chez quelques malades, il faut changer les sondes tous les deux jours », bien heureux lorsqu'une fois la sonde incriminée enlevée on peut en placer une autre, car cela se trouve parfois impossible comme on peut le voir dans l'observation de Payri que nous indiquions tout à l'heure.

Voilà donc un cas où le traitement est interrompu par force majeure ; il y en a d'autres où l'intolérance urétrale aboutit au même résultat (obs. XII et XIII) Voillemier, qui était pourtant partisan de la sonde à demeure ne déclare-t-il pas qu'« on se voit *souvent* obligé d'interrompre le traitement pour laisser reposer le canal, et qu'en somme, on n'obtient la guérison qu'avec beaucoup de temps car les désordres se reproduisent fatalement pendant les intermissions, par suite du passage nouveau de l'urine au travers des fistules. » Il ne se faisait pas d'illusions !

On s'explique maintenant la longueur et parfois l'impuissance d'un traitement qui est sujet à de telles vicissitudes. Une durée de 2 à 3 mois est chose fort commune ; nous ne nierons pas que la sonde n'ait pu procurer la

guérison dans un laps de temps beaucoup plus court; mais, par contre, quels meilleurs brevets d'incapacité que ces faits où l'application de la sonde dura 3 à 4 mois (Choppart et Boyer,) 125 jours (Choppart) et 14 mois (Voillemier)! ou que ceux-ci, relatés dans la thèse de Pauffard, où une application de 5 mois n'amena pas la guérison (obs. XXX), et une autre, après 8 mois d'abcès, de fistules nouvelles et de fièvre, se termina par la mort (obs. XXVI)!

Ici encore, la soude à demeure est inefficace ou nocive; une dérivation urinaire est à rechercher qui soit plus exacte et plus exempte de danger : la cystostomie nous a paru réaliser ces desiderata.

Sans insister sur les indications générales qu'elle peut remplir vis-à-vis du réservoir vésical et de son contenu altérés, rappelons ceux de ses avantages qui ont plus immédiatement rapport au sujet qui nous occupe et dont nous avons parlé précédemment : les actions mécaniques sur l'urètre (sonde à demeure) réduites au minimum, la dérivation parfaite des urines, la sonde à demeure ramenée au rôle d'auxiliaire, qui, au bout de peu de jours, peut être supprimé sans danger. Ces avantages, et surtout celui résultant de la dérivation complète des urines, sont frappants dans certaines de nos observations qui méritent d'être plus particulièrement signalées. Ainsi, dans l'observation VII, on luttait depuis deux mois et demi contre une fistule par l'urétrotomie externe — qu'on répéta deux fois à deux mois d'intervalle — et par la sonde à demeure (à demeure est un euphémisme, car après avoir dû la retirer, il fut impossible de la replacer); cependant l'infiltration progressait toujours, un nouvel abcès urinaire

se formait. On se décide alors à faire la dérivation hypogastrique : en 24 jours, la cicatrisation périnéale était complète ; 4 jours après, la fistule hypogastrique était oblitérée. Le même tableau général nous est offert par l'observation XII. Ici, les fistules dataient de 15 mois quand on pratiqua une première urétrotomie interne ; l'impossibilité de placer une sonde à demeure oblige d'avoir recours au cathétérisme intermittent, bientôt interrompu. L'infiltration marche, nouvel abcès. Après trois mois, urétrotomie externe, mais la sonde à demeure n'est pas tolérée ; les fistules persistent. Le malade en était porteur depuis 24 mois quand on pratique enfin la cystostomie. Si la guérison complète, absolue, s'est fait attendre cinq mois, il est permis de croire qu'elle a pu paraître relativement rapide au malade que deux ans d'inutiles tentatives avaient découragé. On remarquera en outre que, deux mois après la cystostomie, une petite fistule persistait seule ; toutes les autres, et elles étaient nombreuses, s'étaient complètement cicatrisées.

L'oblitération des fistules, même nombreuses et anciennes, ne demande pas toujours un temps aussi long pour s'effectuer ; trois ou quatre semaines suffisent le plus souvent : 20 jours dans l'observation XIII, 10 jours seulement dans l'observation IX.

Voilà, certes, des faits assez probants en faveur de la dérivation hypogastrique ; et les observations que nous citons plus loin venant à l'appui des considérations que nous avons émises, nous paraissent bien de nature à montrer tout le parti que l'on peut tirer de la création d'un urètre sous-pubien temporaire dans le traitement des fistules urétrales rebelles. Nous ne saurions avoir

cependant la prétention de croire la cystostomie applicable à tous les cas. Il y en a où tout espoir est vain de rendre au canal un calibre suffisant, sinon tout à fait normal. M. Coignet¹ a bien étudié ces rétrécissements incurables par leur étendue et leur nombre, qui occupent parfois tout l'urètre antérieur; à quoi servirait alors de réséquer 6 centimètres de canal induré et coarcté, comme a pu le faire avec le plus grand succès M. Rollet²? Est-ce à dire qu'il faille s'avouer vaincu? Non, car M. Poncet a imaginé de tourner la difficulté par l'urétrostomie périnéale. On la pratiquera donc les cas incurables; c'est là une opération de nécessité qui oblige le malade à prendre pour uriner la position accroupie. Nous renvoyons, pour les détails complémentaires des indications de cette opération, à la thèse inspirée par M. Poncet au Dr Coignet.

¹ Coignet, thèse de Lyon, 1893. *Urétrostomie périnéale*.

² *Lyon médical*, 25 mars 1894.

CHAPITRE V

Cystostomie temporaire pour cathétérisme rétrograde.

Dans les cas, le plus souvent fort complexes, que nous venons de considérer, la possibilité existe en général de passer à travers le rétrécissement un cathéter ou un conducteur, dût-il être excessivement fin. Parfois cependant on se trouve en présence de rétrécissements infranchissables, mais c'est moins la rétention d'urine, qui paraît déterminer le mode d'intervention, que l'intensité des phénomènes surajoutés, infiltration ou infection. Enfin il peut se rencontrer des cas où tous les accidents ne sont encore constitués que par un rétrécissement infranchissable; nous entendons par infranchissable un rétrécissement contre lequel des manœuvres de cathétérisme prolongées, variées, conduites suivant toutes les règles de la méthode et suivant aussi l'ingéniosité clinique du praticien auront échoué. Ces états sont plus fréquents qu'on

ne le pense ; ils peuvent être liés soit à un rétrécissement traumatique oblitérant absolument le canal, soit à certaines dispositions anatomiques spéciales de ce dernier, soit, surtout et le plus souvent, à des phénomènes congestifs qui ont exagéré presque subitement la coarctation urétrale, et l'ont rendue cliniquement et momentanément infranchissable.

Cependant la rétention s'est établie, plus ou moins complète, mais toujours fournissant une indication pressante, l'évacuation de la vessie. On a acquis la preuve et la conviction que l'on ne peut « passer », que faire ? La plupart des auteurs conseillent de recourir à la ponction vésicale sus-pubienne, les autres ponctions, rectale, périnéale de Dionis, sous-pubienne de Voillemier, étant justement et irrémédiablement condamnées. Comment faut-il faire cette ponction ? est-ce avec le gros trocart qu'employait Méry (1701) ? Mais les accidents consécutifs, infiltration urineuse et phlegmons prévésicaux, n'ont pas échappé aux observateurs ; et comme les dangers sont d'autant plus grands que la plaie est plus étendue, on conçoit la faveur avec laquelle a été accueillie la méthode de ponction et d'aspiration capillaires de M. Dieulafoy. Il est certain que les accidents sont infiniment moins à craindre avec cette dernière méthode qu'avec l'ancienne ; mais ils ne sont point définitivement écartés. Aussi, après avoir eu et tandis qu'elle a encore des partisans fanatiques, la ponction capillaire a-t-elle suscité des adversaires non moins convaincus. Les publications médicales ont enregistré, et, à Lyon même, les sociétés savantes ont vu s'élever à ce sujet les plus chaudes discussions. La question a été bien résumée par Boutan, dans sa thèse, nous

lui ferons de larges emprunts, que nous compléterons en rappelant ce qui a été dit depuis sur ce sujet.

On reproche surtout à la ponction de provoquer l'*infiltration* urineuse. Le D^r Pouliot cite dans sa thèse (1868) huit morts sur vingt-deux cas ; il est vrai qu'à cette époque l'antisepsie n'existait pas. Vers 1882, Poncet observe deux cas mortels, et E. Monod et Hache ont vu également des terminaisons fatales. D'autres fois, il a fallu recourir, à cause de cette même infiltration, à la taille hypogastrique (Rohmer, Richardson, Poncet, E. Boeckel, Rollet). « Les aiguilles capillaires dont on se sert peuvent être aseptisées », écrit Poncet¹, « mais la filtration de l'urine par l'ouverture de l'aiguille est toujours possible... Chez un de mes opérés qui avait été ponctionné six heures avant la cystostomie, la vessie fut révélée après l'incision de la paroi abdominale par un jet d'urine filiforme de 6 à 8 centimètres de hauteur, se faisant jour par le pertuis qu'avait laissé à son passage l'aiguille capillaire ; le tissu cellulaire était infiltré. »

La cause de cette infiltration, c'est « l'existence d'un pertuis par lequel le liquide urineux peut filtrer d'une manière continue. Cette stillation d'une urine normale donnera lieu à des accidents relativement bénins ; mais si l'urine est pathogène, si elle réalise les conditions bien connues d'un liquide septique, son passage dans les tissus sera la source des plus grands dangers. » (Poncet.)

L'*infection* du tissu cellulaire prévésical peut être indépendante de l'infiltration. M. Poncet qui a souvent « surpris la ponction en flagrant délit d'accidents graves :

¹ *Mercredi médical*, 4 nov. 1891.

abcès, foyers infectieux du tissu cellulaire prévésical », n'a pas toujours trouvé l'infiltration urineuse concomitante : « La plupart du temps, dans ces inflammations gangréneuses du tissu cellulaire prévésical, il n'existait pas d'infiltration d'urine apparente ¹. » Dans ces cas il faut bien admettre que c'est la ponction elle-même qui est en cause : le trocart capillaire, dûment aseptisé auparavant, est allé chercher dans la vessie les agents de la suppuration, et, pendant qu'on le retirait et qu'on « l'essuyait » en quelque sorte sur les tissus, il les y a déposés. Et, certes, on ne pourrait soutenir que cette inoculation opératoire est seulement une vue ingénieuse de l'esprit, puisque les faits sont malheureusement là pour la prouver.

Infiltration et infection prévésicales, cela pourrait suffire au passif de la ponction. Ce n'est point tout cependant. La ponction est aveugle, répétons-nous après M. Poncet ; avec elle on ne sait pas ce que l'on fait ; on pousse un trocart sans s'inquiéter s'il y a quelque chose à éviter sur son chemin, avec une confiance qui repose commodément sur l'anatomie normale. Celle-ci nous enseigne, en effet, que le péritoine ne descend pas au-devant de la vessie moyennement distendue, et Tillaux, Pauliot, Broussin, Bouley, Langer, Petersen admettent que la hauteur du cul-de-sac péritonéal au-dessus du pubis est proportionnelle à la distension vésicale. Cependant Sappey, sur dix-huit individus examinés après injection intra-vésicale, avait vu trois fois le cul-de-sac péritonéal n'être guère séparé du pubis que par une distance de 15 à 20 millimètres.

¹ A. Poncet, *Semaine médicale*, 16 déc. 1893

Ch. Féré, à Bicêtre, a vu, chez certains vieillards porteurs de hernies inguinales doubles, le péritoine se rapprocher du pubis jusqu'à prendre contact avec lui. Il y a bientôt dix ans que M. Polaillon, pratiquant la taille sus-pubienne, a rencontré le péritoine, que l'autopsie montra descendant jusqu'au pubis. Boutan signale aussi dans sa thèse la possibilité d'adhérence du péritoine au pubis par suite de péricystite, et de hernie inguinale double. En Allemagne, Pitha (1879), Bromfield, Lotzbeck, Sonnenburg, Israël (1886), ont signalé ces adhérences à la symphyse. M. Rollet, dans un article du *Lyon médical* (21 janvier 1894), après avoir établi l'historique de tous ces faits, rapporte lui-même un cas nouveau, très remarquable en ce sens que le malade n'avait jamais eu d'inflammation ni de hernie pouvant expliquer cette adhérence ; aussi M. Rollet se demandait-il avec juste raison s'il ne s'agissait pas là d'une anomalie réversive. Cette observation prouve, en outre, une fois de plus, que les dangers de la ponction ne sont pas illusoires ; car, à la suite de cette opération, l'infection prévésicale s'était établie, et nul doute qu'elle ne se fût transformée en péritonite si la cystostomie n'avait été immédiatement pratiquée. Il ne faudrait pas croire d'ailleurs que cette adhérence du péritoine à la symphyse soit un fait rare avec lequel il n'y ait guère à compter, M. Rollet l'a rencontré une deuxième fois, tout récemment, chez le malade qui est le sujet de notre observation IV. Ici encore les urines étaient septiques et la ponction eût certainement provoqué les plus graves accidents.

Enfin, la ponction ne constitue qu'une opération purement palliative, « à résultats momentanés » suivant

l'aveu même d'un de ses plus ardents défenseurs M. Brou¹. Il se peut que sous l'influence de la déplétion vésicale, la congestion et la tuméfaction des tissus urétraux diminuent et que l'urètre redevienne perméable. Mais il se peut aussi que la perméabilité ne se rétablisse pas ou que l'on se trouve en présence d'un rétrécissement traumatique qui n'a rien à gagner avec la décongestion vésico-urétrale. Recommencera-t-on indéfiniment la ponction, s'exposera-t-on à nouveau à tous ses dangers? Il faut, au contraire, supprimer au plus tôt la coarctation urétrale, et l'urétrotomie externe sans conducteur est tout indiquée. Mais ici surgit une nouvelle difficulté, la recherche du bout postérieur de l'urètre. Cette recherche, dans les cas que nous avons en vue, est le plus souvent longue et pénible. Elle prolonge beaucoup la durée de l'acte opératoire, ce qu'il importe d'éviter chez les urinaires, comme l'a bien montré Guyon; bien plus, elle peut ne pas aboutir : Sonnenburg en a rapporté trois cas récemment. « Bien qu'il me soit toujours arrivé, aussi loin que je puis me le rappeler, d'arriver dans la vessie après l'urétrotomie externe, cependant, pendant ces trois dernières années, dans trois cas, je n'ai pu, malgré des recherches réitérées, trouver le chemin du périnée à la vessie² » et notre observation XIV en est un autre exemple.

Réveillera-t-on le malade pour le faire uriner et, par cet artifice, reconnaître l'orifice qui correspond au segment postérieur de l'urètre? Mais la manœuvre peut ne pas réussir, et pourquoi se créer à plaisir toutes ces compli-

¹ *Lyon médical*, 13 mai 1894.

² Réunion libre des Chirurgiens de Berlin, 13 nov. 1893.

cations lorsqu'il existe un moyen bien simple de conduire le cathéter dans l'urètre postérieur, nous voulons parler du cathétérisme rétrograde, qui consiste à ouvrir la vessie par la taille hypogastrique et à faire pénétrer un cathéter par le col vésical dans l'urètre postérieur.

Pratiqué pour la première fois par Verguin, de Toulouse, il l'a été depuis par Sédillot, Duplaix, Tillaux, qui le recommandent lorsqu'il y a difficulté à trouver le bout postérieur. En Allemagne, Sonnenburg (*loc. cit.*) dit, en parlant des procédés variés employés dans ce cas pour pénétrer dans l'urètre postérieur : « De toutes les méthodes que j'ai essayées, le cathétérisme rétrograde m'a paru la meilleure comme la plus sûre et la plus élégante. »

Brooks l'a employé récemment, en Angleterre ; en France, il prend chaque jour une place plus importante. En 1892, Payri, reflétant l'opinion de ses maîtres de la Faculté de Montpellier, dit que cette opération doit être ajoutée à l'urétrotomie externe, lorsqu'il y a déchirures, ruptures ou rétrécissement grave de l'urètre. Polaillon, l'a pratiquée chez des prostatiques. Boutan (*loc. cit.*) recommande la cystostomie pour faire ce cathétérisme rétrograde.

En 1893, M. Brooks¹, pratiquant l'urétrotomie externe sur un malade qui s'était rompu l'urètre à l'union des portions bulbaire et membraneuse, ne put trouver le bout vésical ; il fit alors une cystotomie et le cathétérisme rétrograde : guérison rapide. Sonnenburg, vers la même époque, rapportait trois cas où il avait fait le cathétérisme rétrograde, pour rétrécissements infranchissables : Il s'agissait de rétrécissements « qui étaient entourés de

¹ Académie royale de médecine d'Irlande, 10 nov. 1893.

tissu cicatriciel et de fistules comme j'en avais rarement vu jusque-là » (*loc. cit.*); il l'avait aussi pratiqué, peu auparavant, avec succès, dans un cas de déchirure très marqué de l'urètre. Lejars (obs. V), Gangolphe (obs. XV) y ont eu aussi recours dans des cas semblables. Enfin, tout récemment M. Rollet l'a pratiqué dans un cas de rétrécissement infranchissable.

De quelles conditions opératoires doit-on faire précéder et suivre le cathétérisme rétrograde? Payri (*loc. cit.*) conseille la taille hypogastrique et la suture immédiate de la vessie, puis de la paroi abdominale. Sonnenburg pratique l'*épicystotomie*, c'est-à-dire la cystotomie sus-pubienne, avec incision transversale, suivie de suture immédiate de la vessie, puis il tamponne la plaie cutanée quelques jours, et, s'il n'y a pas d'accidents, suture la paroi abdominale dès qu'il se croit sûr de la réunion de la plaie vésicale. Brooks emploie aussi la suture immédiate. D'autres chirurgiens, au contraire, font le drainage. Tillaux (*loc. cit.*), craignant de voir la sonde à demeure se déplacer, fait passer un long tube en caoutchouc dans l'urètre, la vessie, et l'orifice sus-pubien, les deux extrémités du tube plongeant dans un récipient contenant un liquide antiseptique: il y a un œillet sur le point du tube qui traverse la vessie. Lejars, Gangolphe, font le drainage par les tubes Périer. Chez le malade opéré par M. Rollet, la cystostomie dispensa du drainage.

En présence de ces conduites diverses, s'il fallait choisir, ou seulement montrer une préférence, nous l'accorderions à la cystostomie, à l'opération de Poncet. Elle offre le plus de garantie vis-à-vis de l'infiltration urineuse, permet de se passer du drainage, auxiliaire parfois dan-

gereux ; nous croyons surtout qu'il y a tout avantage à la pratiquer lorsque les urines sont ammoniacales et infectées. Faut-il tenir compte du léger retard qui, du fait de la cystostomie, peut se produire pour la *restitutio ad integrum* du malade ? Mais ne savons-nous pas avec quelle rapidité se ferme le méat hypogastrique ? Ce n'est donc pas là une considération suffisante pour faire rejeter la cystostomie, qui reste par conséquent indiquée.

CHAPITRE VI

Parallèle.

Après avoir étudié les indications, chez les rétrécis, de la dérivation hypogastrique, il convient maintenant de comparer les divers procédés par lesquels on essaie de les réaliser, et d'opposer entre eux la cystotomie, le cysto-drainage, et la cystotomie, telle qu'elle est pratiquée à Lyon par le professeur Poncet. Hâtons-nous, tout d'abord, de mettre de côté la cystotomie suivie de suture immédiate, qui ne répond pas au but de dérivation que nous nous sommes proposé. Mais la cystotomie suivie du drainage mérite une plus longue mention. C'est elle qui, jusqu'ici, a été le plus généralement pratiquée, et dans la thèse déjà citée de Payri (1892), c'est elle seule qui est en cause. Ce n'est cependant qu'une méthode imparfaite ; elle expose, avons-nous dit, à l'infiltration autour des tubes de Périer ; ces tubes se déplacent quelquefois ; on en trouvera des exemples dans nos observations ; et ce

déplacement, favorisé par les mouvements de la paroi liés à la respiration, peut aller jusqu'à une issue des tubes tout entiers hors de la cavité vésicale. Il est interdit, d'autre part, au chirurgien de faire pénétrer les tubes trop profondément dans la vessie, sous peine d'accroître l'irritation mécanique qui n'existe que trop déjà avec les drains hypogastriques à demeure. Ce que nous avons déjà dit de ces inconvénients, et d'autres encore, nous dispense d'y insister davantage ici.

Les mêmes reproches pourraient être adressés au cysto-drainage de M. Lejars qui, reprenant l'ancienne ponction de Méry, au gros trocart, l'a modifiée en substituant immédiatement un long drain à la canule du trocart. En plus des inconvénients liés à la présence d'un drain hypogastrique, il faut craindre d'infecter directement le tissu cellulaire prévésical pendant l'opération elle-même. En retirant la canule pour la remplacer par un drain, on l'essuie sur les tissus (Poncet) ; si les urines sont infectées, on aura donc réalisé une véritable inoculation expérimentale. Mais le plus grand grief, à notre avis, dont est passible le cysto-drainage c'est d'être aveugle comme la ponction qui constitue son premier temps. Nous connaissons bien maintenant l'adhérence du péritoine à la symphyse et la fréquence relative de cette anomalie. Avec le cysto-drainage, en pareil cas, la péritonite serait presque fatale, et nous n'avons pas besoin d'insister sur la gravité d'une telle complication. Pour toutes ces raisons, nous pensons qu'il faut rejeter le cysto-drainage, en tant que méthode systématique surtout. Et nous nous croyons d'autant plus autorisé à le faire, que son auteur lui-même reconnaît la supériorité incontestable de la cystostomie :

« C'est là un procédé d'urgence, dit Lejars, il n'est pas douteux qu'une opération réglée et méthodique comme celle de Poncet, ne vaille *toujours* mieux ». Mais la cystostomie, elle aussi, peut être exécutée d'*urgence*. Il n'est pas besoin pour cela d'être dans une salle d'opération, tout près d'un arsenal chirurgical, richement outillé ; une instrumentation restreinte suffit : un bistouri, deux écarteurs, une aiguille et des fils (Rollet), le bagage n'est pas lourd, et le chirurgien peut l'emporter sur lui pour aller opérer à la campagne comme l'a fait le D^r Guillemot, de Thiers. A quoi bon, dès lors, recourir à la ponction hypogastrique ? Dans les cas de force majeure, tout au plus admettrions-nous, avec M. Rollet, le cysto-drainage « comme intervention préliminaire d'urgence, si le lendemain, ou à bref délai, il était transformé en véritable cystostomie au bistouri ». La cystostomie doit donc remplacer la cystotomie et le cysto-drainage. Elle met absolument à l'abri de l'infiltration, supprime toute cause d'irritation vésicale et d'infection de voisinage ; en assurant complètement l'évacuation des urines, elle fait un drainage naturel. Bref, elle constitue une opération simple, intelligente, exempte de complications, répondant parfaitement au but poursuivi, permettant au malade de se laver rapidement, du quatrième au cinquième jour après l'opération, et créant un état fonctionnel (dérivation urinaire) qui, s'il ne présente pas les commodités de la fonction normale, n'aboutit pas, en somme, à une infirmité définitive, puisque le chirurgien est maître de le supprimer lorsqu'il aura réussi à rétablir la voie urétrale comme chez les malades qui sont le sujet de notre travail.

Mais parmi les divers procédés de cystostomie, lequel

choisirons-nous ? Est-ce la cystostomie idéale de Wassilieff ? La cystostomie avec suture vésico-cutanée ? Ou la cystostomie avec suture vésico-musculaire ?

La première consiste à décoller la muqueuse vésicale et à la suturer *seule* à la peau ; imaginée par Wassilieff dans l'idée de créer plus sûrement ainsi un urètre sus-pubien, sans tendance à l'oblitération progressive, et continent, elle est loin d'avoir répondu aux espérances de son auteur. En effet, la muqueuse vésicale, prise seule, et le plus souvent altérée par la cystite chronique, n'offre pas une résistance suffisante à la traction exercée par les fils de suture ; elle se déchire et tous les avantages de l'opération sont gravement compromis. Avec notre camarade et ami le Dr Coullaud, nous la rejeterons donc¹.

La cystostomie avec suture directe des bords de la vessie à la peau, pratiqué d'abord par Poncet et indiqué dans la thèse de Bonan, a été préconisée à nouveau par le Dr Guillemot pour la création d'un urètre permanent : « La fistule hypogastrique ainsi établie, dit-il, sera à l'abri de l'atrésie consécutive qui résulte nécessairement du progrès cicatriciel, lorsque le plan musculo-aponévrotique a été intercalé dans la suture ». Nous sommes aussi de cet avis, et c'est pourquoi nous n'emploierons pas ce mode de cystostomie. Car la cystostomie, opération adjuvante dans le traitement des rétrécissements, ne doit être qu'une cystostomie temporaire ; ce qu'il faut chercher à établir dans ces cas, c'est un urètre passager, d'occasion, qui puisse se fermer dans un laps de temps relativement court. Et c'est celui que l'on obtient en faisant la suture

¹ H. Coullaud, thèse de Lyon, 1894.

vésico-musculo-cutanée, que nous proposons d'appeler plus simplement suture *vésico-pariétale*. C'est elle qui est d'ailleurs souvent employée chez les prostatiques à paroi abdominale épaissie. M. Poncet et tous ceux qui ont pratiqué ou étudié ce mode de cystostomie ont été frappés de la rapidité avec laquelle tend à se faire l'occlusion du méat hypogastrique (Boutan, Guillemot, Rollet, Lejars, Loumeau, Myles). La cicatrisation se fait généralement en vingt-cinq ou trente jours, comme on pourra le voir d'après nos observations (obs. XIV : vingt-cinq jours ; obs. IV : vingt-neuf jours). Si, dans d'autres observations, la cicatrisation a tardé plus longtemps, c'est que les circonstances indiquaient de maintenir encore la dérivation hypogastrique. Toutes les fois que le chirurgien voudra faire la cystostomie temporaire, il devra donc recourir à la suture vésico parietale à l'exclusion des autres procédés.

Nous ferons remarquer qu'il est inutile d'employer le ballon rectal de Petersen, pour pratiquer la cystostomie, ses avantages ne compensant pas suffisamment ses inconvénients.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Publiée en partie par M. Rollet, in *Lyon médical*,
22 octobre 1893, complétée par nous).

Cystostomie sus-pubienne pour phénomènes d'infection urinaire. — Urétrotomie externe. — Guérison.

J... (Pierre-Constant), journalier, quarante-trois ans, entré le 29 juillet 1892, à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Pothin, n° 22, service de M. Gangolphe, suppléé par M. Rollet.

Pas d'autres antécédents personnels qu'un écoulement urétral à l'âge de dix-sept ans, il fut du reste peu douloureux et eut une durée d'une dizaines de jours.

Incontinence d'urine diurne et nocturne datant du mois de janvier dernier. Depuis un an environ les mictions étaient plus fréquentes, le jet avait diminué de force, mais jamais le malade n'avait eu de rétention aiguë. À son entrée à l'hôpital, malgré une séance prolongée, on ne peut passer les bougies les plus fines.

1^{er} août. — Le malade a de la distention vésicale par rétention,

les sondes ne peuvent passer. Teint jaunâtre, anorexie, langue urinaire, frissons, température à 40°1.

M. Rollet pratique l'urétrotomie externe sans conducteur et la cystostomie sus-pubienne. On n'essaye pas le cathétérisme rétrograde, et l'on place une sonde à demeure qui est introduite par le méat et fixée au périnée. Drainage de la plaie hypogastrique après d'abondantes irrigations vésicales à l'eau boriquée. Les urines contenues dans la vessie sont très troubles et purulentes.

2 août. — L'état général est très bon.

5 août. — On enlève la sonde hypogastrique.

10 septembre. — La fistule sus-pubienne est fermée.

10 octobre. — La plaie périnéale est cicatrisée. On passe les Béniqué.

Nous avons revu nous-même ce malade le 6 septembre 1894, près de deux ans après sa sortie de l'hôpital, par conséquent. La fonction urinaire s'accomplit parfaitement; la miction n'est pas douloureuse, le jet est de force et de volume normaux. La cicatrice hypogastrique est régulièrement arrondie, un peu déprimée au centre, finement froncée à la périphérie, de couleur brunâtre comme le tégument voisin; elle n'est en aucune manière douloureuse.

Cicatrice périnéale à peine visible.

Etat général excellent.

OBSERVATION II (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Lejars)

Rétrécissements multiples de l'urètre, momentanément infranchissables; accidents locaux pressants, état général précaire. — Cysto-drainage temporaire. Plus tard, taille hypogastrique et cathétérisme rétrograde; dilatation immédiate progressive. — Guérison.

D... (Jules), quarante ans, menuisier entre à l'hôpital Necker, salle Civile, n° 26, le 8 mai 1893.

C'était un très ancien rétréci, qui accusait une blennorrhagie à dix-huit ans, et, depuis de longues années, urinait mal, sans jamais se faire soigner. Depuis douze jours, les accidents étaient devenus aigus ; la miction était d'une extrême difficulté, et, avant l'entrée de notre malade à l'hôpital, trois médecins avait tenté en vain le cathétérisme, sans autre résultat que de faire saigner et de déchirer l'urètre.

On arriva pourtant, le soir de l'entrée, à faire passer une petite sonde n° 8, et à évacuer la vessie ; mais, dans la nuit, la sonde fut chassée au dehors, et il fut impossible de la remettre en place.

Ici encore les obstacles commençaient vers le milieu de la région spongieuse et semblaient se combiner et se suivre en série ininterrompue jusqu'à la région membraneuse ; de plus, l'urètre avait été fort maltraité, et les fausses routes contribuaient encore à égarer la bougie.

La vessie s'était de nouveau distendue, l'œdème se montrait au périnée et aux bourses, et l'état général était loin d'être satisfaisant. Là encore il fallait aller au plus pressé ; je fis à l'hypogastre, à deux doigts au-dessus du pubis, une ponction de la vessie avec un gros trocart, et je remplaçai l'instrument par une sonde en caoutchouc, mais je n'avais eu sous la main qu'un instrument trop petit, et l'orifice vésical était insuffisant à assurer une dérivation complète ; la vessie se vidait mal. Aussi, le lendemain, j'agrandis un peu l'orifice au bistouri, et je plaçai une sonde n° 22, appareillée avec un tube-siphon. La vessie renfermait une urine très trouble, et contenait de nombreux débris phosphatiques : elle fut soumise à de grands lavages quotidiens.

L'œdème ne tomba qu'au bout de quelques jours, et un petit abcès se forma et fut ouvert à la racine de la verge, à gauche, mais sans donner issue au moindre écoulement d'urine. C'était le reliquat de l'infiltration, déjà en voie de s'étendre lorsque j'étais intervenu, et j'aurais, sans doute, évité ce petit accident, si j'avais fait quelques incisions superficielles au périnée et au scrotum. Toujours est il que tout se borna là, et qu'il survint, à dater de ce moment, une période de calme complet qui permit au

malade très anémié, et dont les reins étaient plus que suspects, de reprendre ses forces.

Mais la dilatation de l'urètre nous réservait des difficultés extrêmes, d'autant plus qu'il était très intolérant et que la moindre séance de cathétérisme était suivie de douleurs persistantes et de spasmes qui aggravaient encore l'obstacle.

Après trois mois d'efforts je me décidai à ouvrir largement la vessie en me servant du méat sus-pubien, qui, pendant tout ce temps, avait fort bien fonctionné, et à faire le cathétérisme rétrograde. L'opération fut pratiquée à l'Hôtel-Dieu, où je suppléais mon maître Le Fort, et où j'avais fait transporter le malade, le 9 septembre 1893 ; elle me permit de faire la biopsie de ce canal sus-pubien. Je trouvai la vessie remplie de poussière phosphatique, et j'arrivai, après l'avoir dûment vidée et lavée, à faire pénétrer une bougie par le col de la vessie, et à l'introduire d'une notable longueur ; il me fut impossible d'aller plus loin, mais, dès que je l'eus retirée, j'introduisis tout de suite par l'urètre une bougie armée qui, cette fois, se laissa conduire tout d'un trait jusque dans la vessie. Séance tenante, la dilatation immédiate progressive fut pratiquée et une sonde en gomme n° 15 laissée à demeure. La plaie vésicale fut réunie, et la plaie superficielle complètement suturée. La guérison se fit sans incident, et le malade sortit de l'hôpital, vers le milieu d'octobre, urinant bien, il avait repris de l'embonpoint, et sa santé générale était excellente.

OBSERVATION III (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Lejars.)

Rétrécissement de l'urètre, momentanément infranchissable ; accidents locaux et généraux menaçants. — Cysto-drainage temporaire. — Dilatation immédiate progressive. — Guérison.

* M... (Benoît), trente-cinq ans, tonnelier, entre à l'hôpital Necker, salle Civiale, n° 19, le 16 juin 1893, pour une rétention

d'urine. La vessie est distendue, et l'urine suinte du méat goutte à goutte.

Notre malade a eu une première blennorrhagie à dix-huit ans, une seconde à vingt-cinq ans, et, depuis cinq ans, il éprouve des difficultés croissantes à uriner ; son jet d'urine devient de plus en plus petit ; à deux reprises, dans les mois précédents, il était venu se faire soigner à l'hôpital Necker, mais il avait été obligé, chaque fois, d'abrégé son séjour, et de retourner chez lui, avant même qu'on ait pu franchir l'obstacle, et passer une sonde.

Depuis deux jours, la miction ne se fait plus que goutte à goutte ; le périnée et les bourses sont déjà le siège d'un léger œdème.

J'essaie de faire le cathétérisme, en utilisant tous les procédés en usage en pareil cas : rien ne passe ; il y a à la région bulbaire toute une zone coarctée, un défilé de rétrécissements dans lequel s'engage bien l'extrémité d'une fine bougie tortillée, mais sans pouvoir aller plus loin.

Durant deux jours toutes mes tentatives échouèrent ; cependant la situation s'aggravait, et, bien que le malade rendit encore — goutte à goutte — une certaine quantité d'urine, l'œdème s'accroissait, la température était à 39 degrés, chaque séance de cathétérisme était suivie de vives douleurs : il y avait urgence à mettre en repos cet urètre, momentanément infranchissable, et dans lequel l'irritation et le spasme jouaient évidemment un grand rôle.

Je fis donc une ponction sus-pubienne de la vessie, avec un gros trocart, et je glissai par la canule que je retirai ensuite, une sonde de caoutchouc rouge, qui fut appareillée avec un tube-siphon. L'écoulement continu de l'urine était assuré, et la vessie fut lavée, plusieurs fois par jour, à la solution boriquée tiède.

La fièvre tomba, les douleurs cessèrent, l'appétit reparut : huit jours après, je passai, sans trop de peine, une bougie fine, et dès le lendemain, je laissai à demeure une sonde n° 9 ; mais la dilatation ne put être poussée plus loin, et je dus remettre une bougie armée, et pratiquer la dilatation immédiate progressive, qui me permit d'introduire une onde n° 12. Je la remplaçai quelques

jours après par une sonde n° 15, et la dilatation continua régulièrement jusqu'au n° 22.

L'œdème périnéo-scrotal avait disparu, mais un petit abcès superficiel s'était formé au périnée, qui, du reste, ne laissa couler aucune trace d'urine, et se ferma très vite.

Au bout d'un mois, notre malade sortit, urinant très bien; quant à l'orifice hypogastrique, il s'était oblitéré spontanément, en quelques jours, dès qu'une sonde à demeure de calibre moyen avait pu être supportée, et il n'en restait plus comme trace qu'un petit point cicatriciel.

OBSERVATION IV (inédite).

(Recueillie dans le service de M. Rollet,
suppléant M. le professeur Poncet, par M. Egger, interne
suppléant des hôpitaux et complétée par nous.)

Rétention aiguë d'urine putride. — Rétrécissement infranchissable de l'urètre. — Cystostomie sus-pubienne. — Deux jours après, urétrectomie avec urétroplastie immédiate. — Guérison.

P..., Emile, trente-sept ans, employé de commerce, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint Philippe, n° 8, le 9 août 1894. Bonne santé habituelle en dehors des accidents vénériens suivants :

Première blennorrhagie à l'âge de quatorze ans, contractée au Brésil. Depuis cette époque, le canal n'a jamais cessé de couler plus ou moins. A l'âge de vingt ans, le malade avait déjà quelques difficultés pour uriner. A vingt-quatre ans, l'urine passait difficilement par jet petit et faible. A plusieurs reprises on a dû sonder le malade pour rétention passagère. En 1885, à la suite d'une rétention d'urine, on fit la cure du rétrécissement par l'électrolyse. En 1886, chancre de la verge suivi des accidents secondaires habituels : roséole, plaques muqueuses.

Depuis longtemps existent des troubles gastriques, des mouve-

ments fébriles, de la céphalée. Le malade, qui habitait le Brésil, s'est peu ou mal soigné.

Le malade, en état de rétention aiguë, entre d'urgence. Il a été visité en ville par un médecin qui n'a pu le sonder ; écoulement sanguin après ces tentatives. En arrivant, l'infirmier essaie le cathétérisme, mais en pure perte. Enfin, l'interne essaie en vain de passer avec la sonde n° 7 et les bougies n°s 4 et 5. La verge est tuméfiée ; depuis la veille, au dire du malade, écoulement séro-sanguinolent. Vessie à l'ombilic, bien dessinée, dure, douloureuse. Le malade émet par regorgement quelques gouttes d'urines putrides, ammoniacales. Douleurs intenses. État général médiocre. Température peu élevée.

Opération d'urgence, à 9 heures du soir. M. Rollet sonde le malade et constate une fausse route ; urétrorragie. Il décide aussitôt l'intervention et fait une incision de 5 centimètres sur la ligne médiane, à 3 centimètres du pubis. Les parois abdominales incisées, on tombe sur le cul-de-sac péritonéal que l'on peut suivre jusqu'au pubis où il adhère par une faible bride qui permet de l'en détacher ; on le récline. On incise alors la vessie qui donne issue à plus d'un litre d'urine fétide, trouble ; quatre fils métalliques réunissent la muqueuse vésicale et les muscles de la paroi abdominale. Pendant cette suture on a de la peine à retenir le péritoine qui tend à s'interposer entre la plaie vésicale et la plaie cutanée. Lavage. Salol.

10 août. — Rétention par une membrane interposée entre la paroi abdominale. On passe facilement une sonde, on évacue et on lave.

11 août. — *Opération pour la reconstitution du canal.* — Impossibilité absolue d'introduire par la verge la plus petite bougie. On introduit avec difficulté un cathéter cannelé par la vessie, lequel s'arrête au niveau du bulbe. Incision médiane, hémorragie artérielle difficile à arrêter, les tissus étant très friables et cédant à tout effort de forcipressure ; on ne devient maître de l'hémorragie que par la thermo-cautérisation, ce qui d'ailleurs, prolonge l'opération. Le canal n'est pas reconnaissable, les tissus sont en bouillie. Pour passer une sonde molle par l'urètre antérieur, on

est obligé de faire l'urétrotomie interne, le canal étant le siège de plusieurs rétrécissements.

On fixe ensuite l'extrémité de la sonde de Nélaton à celle du cathéter, et on l'attire dans la vessie. Après avoir fixé la sonde au prépuce en avant, à la lèvre de la plaie sus-pubienne en arrière, on fait une suture à trois étages (aponévrose, muscles, peau), à la soie et au fil métallique, et un pansement compressif. L'hémorragie paraît arrêtée.

16 août. — Pansement. La plupart des sutures périnéales tiennent. Mais la région est un peu saillante, et à la pression, on provoque l'issue de pus près de l'anus. Pas de fièvre.

17 septembre. — Fistule sus-pubienne fermée depuis une dizaine de jours, fistule périnéale fermée depuis deux jours. Etat général excellent.

Le malade est resté vingt-quatre jours avec la sonde à demeure et trente-deux jours au lit; au début on faisait trois injection, vésicales par jour.

10 octobre. — Le malade, revu aujourd'hui, jouit d'un état général excellent. La fonction urinaire s'accomplit normalement et sans douleur aucune. Les cathétérismes sont continués; passage régulier des Béniqués. Maximum n° 23 (Charrière), cicatrice sus-pubienne plate, large comme une pièce de cinquante centimes, rose, cachée au milieu des poils.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Lejars, de Paris;
résumé publié in *Semaine médicale* du 4 octobre 1893.

Rupture de la verge. Infiltration d'urine et sphacèle. Cystostomie temporaire. Guérison.

B... (Camille), vingt-neuf ans, charbonnier, entre à l'hôpital Necker, salle Civile n° 25, le 8 mars 1893. Trois jours auparavant, le soir du 5, dans une tentative maladroite de coït, il s'était

rompu la verge. Le pénis s'était comme tordu, en provoquant une douleur terrible : du sang rouge s'était écoulé en abondance par le méat, puis l'hémorragie avait fini par se tarir d'elle-même. Dans le courant de la nuit, le malade eut une miction ; le lendemain, il urina encore mais avec effort et goutte à goutte ; dans la journée du surlendemain, la miction demeurait complètement impossible, en même temps que la verge et les bourses se tuméfaient de plus en plus.

Il entre dans la soirée à l'hôpital, où je le trouve le matin, dans un état lamentable : les bourses sont énormément distendues et l'œdème remonte jusqu'au devant du pubis, et jusqu'aux régions inguinales ; quant à la verge, elle est, dans toute son étendue, noirâtre, flasque, doublée de volume, recouverte d'une peau à demi décollée, et de larges phytènes séro-sanguinolentes : le sphacèle total semble imminent, et, me rappelant un fait de même genre autrefois observé¹, je crus bien que c'en était fait du pénis de mon malade.

Mais il fallait parer à des complications plus graves encore : le malade n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures, bien que la vessie fût peu distendue, ce qui s'expliquait suffisamment par l'abondance de l'infiltration urineuse. Je débridai largement, au thermo-cautère, toute la région œdématiée, et je cherchai à introduire une sonde dans le canal, bien résolu à ne pas insister, si je rencontrais des difficultés prévues, mais la conservation de la miction volontaire le lendemain et le surlendemain de l'accident, semblaient légitimer cette tentative. J'arrivai à passer une fine sonde, je le crus du moins, mais je ne tardai pas à me convaincre que je n'avais pas pénétré jusque dans la vessie. Je résolus dès lors de pratiquer la cystostomie sus-pubienne, de préférence à la boutonnière périnéale, et l'opération fut faite le 10 mars sous le chloroforme.

Une incision verticale, sus-pubienne, traversa une épaisse

¹ Lejars, Gangrène totale de la verge par infiltration d'urine (*France médicale*, 1893).

couche de tissus infiltrés, et ce fut à une grande profondeur que j'arrivais sur la vessie ; deux fils de soie, passés dans ses parois, servirent à la fixer, et je la ponctionnai au bistouri, une fois évacuée une grande quantité d'urine noirâtre et fétide, je réunis à la paroi abdominale, par six points de suture à la soie, la paroi de la vessie ouverte.

Le soulagement fut immédiat, et le malade put, dès lors, sans complication nouvelle, subvenir aux frais d'un long travail de réparation. La verge se dépouilla tout entière, mais le sphacèle, malgré les apparences primitives, n'avait intéressé que les téguments ; une fois les escarres détachées, corps caverneux et spongieux étaient à nu sur toute leur surface, à part une bandelette de peau qui restait intacte sur la face inférieure.

Le 31 mars, je réussis à passer une bougie filiforme armée, et, le 2 avril, je faisais une première séance de dilatation immédiate progressive, par le procédé de mon maître Le Fort, elle se terminait par l'introduction d'une sonde n° 14, qui était laissée à demeure. Je la remplaçai le 4 avril, par une sonde n° 16 et le canal fut dès lors assez facile à calibrer.

L'écoulement par l'orifice hypogastrique se restreignait à mesure que l'urètre recouvrait sa perméabilité normale, et, bientôt le méat sus-pubien se réduisait à une étroite fistulette donnant à peine quelques gouttes d'urine, et qui, le 20 avril, était définitivement fermée.

Mais la verge, rétractée contre le pubis par la cicatrice, granuleuse et dépouillée sur une grande partie de son étendue, devait exiger plusieurs interventions réparatrices, sur lesquelles je n'insiste pas. Greffe d'Ollier-Thiersch, autoplastie aux dépens d'un double lambeau scrotal, excision de la bride cicatricielle, furent successivement mises en œuvre, et, après de longs efforts, le malade nous quittait le 29 septembre, bien guéri, avec une verge presque normale, recouverte, bien mobile ; et, depuis il m'a fait la confidence qu'il avait lieu d'être aussi satisfait de la restauration fonctionnelle que de la restauration morphologique.

OBSERVATION VI (Inédite).

Due à l'obligeance de M. Rollet, suppléant M. le professeur Poncet

Infiltration d'urine à forme gangréneuse et gazeuse. — Grandes débridements multiples. — Cystostomie sus-pubienne. — Opération in extremis.

C... (Joseph), cinquante-huit ans, coupeur, entré à l'Hôtel-Dieu, salle d'isolement, le 25 octobre 1894 à 10 heures du matin. Cet homme fut apporté dans le coma, la face était pâle, blanche, les extrémités étaient refroidies, le tégument était insensible.

Bourses énormes, rouges, une plaque gangreneuse verdâtre, large comme la paume de la main, existait à leur face antérieure. Le périnée rouge, tuméfié, de la grosseur d'une orange, présentait en outre une fistulette par laquelle s'écoulait un peu de liquide. La verge était petite et rétractée.

Dans les flancs, remontant très haut de chaque côté de l'ombilic, au-dessus de l'arcade crurale, dans la région hypogastrique on sentait une crépitation gazeuse, très nette, par la palpation.

Bien que l'état fût absolument désespéré on fit immédiatement au malade deux injections sous-cutanées d'éther, de 1 gramme chacune, et trois injections de caféine, de 10 centigr. chacune. Puis, sans qu'il fût nécessaire de pratiquer l'anesthésie en raison de l'insensibilité que présentait le malade, M. Rollet fend rapidement le scrotum en deux, jusqu'aux testicules : des tissus verdâtres incisés s'écoule une sérosité excessivement fétide qui donne des nausées aux assistants. Le périnée est fendu au bistouri jusqu'à l'urètre ; on touche ces tissus lardacés avec le thermo-cautère.

Débridement de la fosse ischio-rectale droite ; il s'en écoule une sérosité roussâtre, couleur chocolat.

Débridements au-dessus de l'arcade crurale ; on en fait trois de chaque côté, remontant fort haut, puis on touche au thermo-

cautère. M. Rollet pratique alors rapidement la cystostomie sus-pubienne. De la vessie ouverte s'échappent des urines roussâtres, d'odeur repoussante, et des gaz fétides ; on place deux points de suture vésico-musculo-cutanée avec deux fils métalliques.

Pansement rapide ; gaze boriquée dans les fistules et l'ouverture hypogastrique.

A ce moment, même état général. Le malade a fait quelques mouvements aux coups de bistouri et sous l'application du thermo-cautère sans proférer une parole ou un seul cri.

Le malade meurt à 4 heures du soir le même jour.

OBSERVATION VII

(In Payri, thèse de Montpellier, 1892) résumée.

Taille hypogastrique pour rupture de l'urètre, et fracture de la branche descendante du pubis.

Au lit n° 24 de la salle Bouisson (service de M. le professeur Tédénat), est couché le nommé V..., entré à l'hôpital suburbain le 8 septembre 1889 ; la veille au soir, il a été surpris dans un éboulement et depuis n'a pu ni marcher ni uriner. A son entrée, M. Forgues diagnostique une fracture de la branche descendante du pubis avec rupture de l'urètre. Le cathétérisme pratiqué vida la vessie d'une abondante quantité d'urine sanguinolente ; les urines auraient gardé ce caractère environ un mois. Trois jours après, un abcès urinaire apparaissait à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, que le malade vidait par l'urètre en le comprimant. Le 23 octobre, l'abcès urinaire s'ouvrit spontanément à la partie interne de la cuisse, et dès lors toutes les urines passent par ce nouveau trajet.

30. — M. le professeur Tédénat pratique l'urétrotomie externe ; jusqu'au 11 novembre, tout évolue avec la plus parfaite régularité. Ce jour-là, on constate que la sonde à demeure ne fonctionne plus. On décide donc de la remplacer, mais toutes

tentatives pour introduire la nouvelle sonde échouent, celle-ci venant buter contre le pubis déplacé. Même insuccès des manœuvres ultérieures. L'urine s'écoule par la verge jusqu'au 27 novembre. A cette date, un abcès urinaire, apparu depuis cinq jours à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche s'ouvre spontanément, et les urines sortent en partie par cette voie, en partie par l'urètre.

Le 9 décembre, la poche urinaire se ferme complètement, et la miction se fait tout entière par l'urètre, mais péniblement, mais difficilement, et à chaque fois le malade éprouve la sensation que le liquide s'échappe dans le tissu cellulaire de la partie interne de la cuisse.

Le 11 janvier 1890, M. Tédénat pratique une nouvelle urétrotomie externe, après introduction d'un conducteur jusqu'au niveau du rétrécissement ; impossibilité de pénétrer par le bout postérieur de l'urètre jusque dans la vessie. Force fut de laisser l'opération incomplète. Dans la soirée, le malade a de violents frissons et des vomissements. L'urine passe un peu par la verge et surtout par la plaie périnéale.

16. — Nouvelles tentatives infructueuses pour découvrir le bout postérieur.

25. — Après un troisième échec pour pénétrer dans la vessie, on pratique séance tenante la taille hypogastrique avec ballon rectal de Pétersen, et le cathétérisme rétrograde avec un cathéter cannelé, sur lequel on incise au bistouri l'urètre rétréci que l'on fait saillir au niveau de la plaie périnéale. Mise en place d'une grosse sonde de Nélaton.

Lavage généreux de la vessie à l'eau créolinée tiède. La partie supérieure de la plaie est rétrécie par deux fils à suture ; dans l'angle inférieur on place les tubes de Périer. Pansement à l'iodoforme. Potion avec laudanum, X gouttes. Dans la soirée, vomissements chloroformiques, et besoin d'uriner. Température 37°9.

Dès le lendemain, les vomissements ont disparu : lavages vésicaux quatre fois par jour.

Le 28, trois jours après, quand on le change pour la première fois, le pansement était à peine mouillé dans sa partie profonde.

Sonde et tubes de Périer jusqu'au 2 février. On passe successivement et sans difficulté les bougies Béniqué n^os 40, 44, 48 et 52.

Le 18, plaie périnéale complètement cicatrisée.

Le 22, la plaie hypogastrique se ferme complètement.

Le malade quitta l'hôpital le 23 mars, en excellent état urinaire.

OBSERVATION VIII (inédite)

(Recueillie par M. le D^r Guilleret, chef de clinique,
dans le service de M. Rollet suppléant M. le professeur Gailleton
Complétée par nous).

Rétrécissement urétral. — Fistules périnéo scrotales anciennes.

Infection urinaire. — Cystostomie sus-pubienne et urétrectomie. — Mort par broncho-pneumonie.

B... (Aimé), soixante-neuf ans, entré à la clinique, le 26 février 1894, salle Saint-Alexandre, n^o 1. Pas de syphilis, pas de tuberculose, un peu d'alcoolisme. Blennorragie à l'âge de vingt ans, traitée par le copahu et les injections de nitrate d'argent, ayant passé au bout de trois mois à l'état chronique. Dix ans plus tard, première rétention d'urine aiguë incomplète, qui céda à l'application de sangsues au périnée, et au cathétérisme. Mais c'est à une époque bien plus tardive, il y a dix ans seulement, que le malade fait remonter le début des troubles actuels de la miction ; il y a trois ans déjà que le malade n'urine plus que goutte à goutte. Nouvelle rétention d'urine aiguë, il y a six mois, ayant cédé à l'application des cataplasmes à l'hypogastre. Les fistules remonteraient à trois mois seulement au dire du malade.

Actuellement, à l'examen local, région hypogastrique tuméfiée ; la verge qui paraît s'enfoncer dans les tissus est tuméfiée aussi, œdémateuse, surtout à la face inférieure du prépuce. Bourses volumineuses, exhalant une odeur fétide, urineuse ; peau un peu dépliée, rouge vineux clair, épaissie très notablement ; en cer-

tains points la palpation révèle des *callosités* larges comme des pièces de 50 centimes, 1 franc, 2 francs et plus. La peau est le siège de *condylomes* de la grosseur d'un pois ou d'une noisette (folliculite profonde) au nombre de cinq ou six; quelques-uns laissent sourdre à la pression quelques gouttes de pus jaunâtre. A la face inférieure de la racine de la verge on remarque une fistule, par où s'écoule un liquide urineux, épais, qui forme là un dépôt.

Pas d'induration de la prostate qui est molle et paraît glisser sous le doigt.

En ce qui concerne la fonction on voit que l'urine s'écoule goutte à goutte, le malade peut aussi par une miction un peu forcée émettre une petite quantité d'urine. Cathétérisme : on passe le Béniqué n° 14 (maximum). Urines : Dépôt floconneux abondant, gris rougeâtre, albumineux, pas de sucre.

Appétit diminué; constipation légère. Peau sèche. Température axillaire 38 degrés. Légers frissons le soir.

Chlorhydrate de quinine 60 grammes. Potion de Todd. Tisane de guimauve avec benzoate de soude 4 grammes.

6 mars. — La température axillaire demeure entre 37 degrés et 37°4.

12 mars. — La température depuis trois jours monte légèrement 37°5 à 37°8. Le malade va moins bien; il accuse du malaise avec légers frissons le soir; appétit diminué encore, langue un peu sèche; la soif s'accroît.

14 mars. — Analyse des urines alcalines :

Urée.	8 gr. par litre.
Ac. phosphorique . . .	0, 45 —
Albumine	0, 22 —

15 mars. — Après l'avoir refusée jusqu'à aujourd'hui, le malade accepte l'opération. Anesthésie à l'éther.

L'opération comprend deux temps bien distincts :

1° *Cystostomie sus-pubienne*. Etant donné l'empâtement des tissus prépubiens, M. Rollet fait l'incision de 8 centimètres à partir du sommet du pubis. Tissus infiltrés et gras. La vessie est très profondément située et peu distendue; on fait une injection uréthro-

vésicale sans sonde (eau boriquée). Ponction de la vessie, sur l'ongle, avec le bistouri, incision prolongée vers le col (3 centimètres). On amène la vessie à la plaie pariétale un peu difficilement (péricystite). Les parois vésicales sont très épaissies, sclérosées, friables même. Urines troubles, Large lavage vésical, avec solution nitrate d'argent à 1/1000. Suture des lèvres de la plaie vésicale à la plaie abdominale (8 points à la soie). Pansement salol et gaze boriquée.

2° *Excision des callosités périnéales. Urétrectomie partielle.*
— Incision périnéale de 8 centimètres sur la ligne médiane, excision des callosités au bistouri, à la curette, et aux ciseaux courbes. Puis sur une étendue de 3 centimètres résection de toute la portion de l'urètre qui paraît atteinte de sclérose. On remplace la bougie n° 14 par une sonde de Nélaton n° 18 qu'on laisse à demeure. Sutures à étages du périnée, trois plans de sutures. Pansement.

19 mars. — Bon aspect de la plaie vésicale et de la ligne de sutures périnéo-scrotale. Lavage uréthro-vésical. L'état général ne paraît pas mauvais. Mais perte de l'appétit. T : 36°3 le matin. Pouls petit et rapide. La respiration est en partie couverte par des râles sous-crépitaux. Bouillon, lait, café. Potion alcoolique.

20 mars. — Quelques tendances au collapsus. Subdelirium. T : 36°9, 37°5. Deux piqûres de caféine de 50 centigrammes chacune.

22 mars. — L'état général s'aggrave, T : 36°8-37°2. La parole est embarrassée. Langue sèche. Carphologie.

23 mars. — Etat général de plus en plus mauvais. Dyspnée.

Le malade présente alternativement une sorte de torpeur comateuse, et de l'agitation surtout manifeste la nuit.

24 mars. — A partir de ce matin la faiblesse s'est accentuée de plus en plus. Mort vers minuit par arrêt de la respiration.

On n'a pu pratiquer l'autopsie.

OBSERVATION IX

(In *Dublin journal of medical Sciences*, janvier 1894. Dr Myles

*Rétrécissement urétral. — Fistule pénienne.
Cystostomie sus-pubienne. — Guérison rapide.*

Large fistule pénienne compliquée de rétrécissement et de calcul vésical. Le rétrécissement subit d'abord l'opération de Maisonneuve, la cystostomie sus-pubienne fut alors pratiquée, les bords de la plaie vésicale furent suturés à l'ouverture de la paroi, et un drain permanent fut placé dans la vessie. La fistule fut alors attaquée; mais il se rencontra que la solution de continuité de l'urètre était si grande que ses bords ne pouvaient être réunis sur un cathéter n° 14. Le toit urétral fut alors divisé, occasionnant une saignée considérable, et ainsi on put arriver à réunir les bords sur un cathéter n° 8. Le repos parfait de la blessure, obtenu par le drain sus-pubien, se montra d'une grande valeur, car en moins de dix jours la fistule était fermée complètement, et la plaie abdominale se cicatrisa dès qu'on eut retiré le drain.

OBSERVATION X (résumée)

In Lancet, 23 juin 1894 par Mansell Moullin).

Fistules périnéales. — Cystostomie sus-pubienne.

Homme, quarante-cinq ans; à la suite de vaste infiltration d'urine, avec destruction de 2 pouces de l'urètre, s'étaient formées des fistules périnéales. La cystostomie sus-pubienne fut pratiquée suivant la méthode de Moris de New-York (dissection de lambeaux cutanés que l'on suture à la muqueuse vésicale). Les fistules périnéales se fermèrent presque entièrement; mais le malade,

négligeant de se sonder, laissa se fermer l'orifice hypogastrique, et un abcès se reforma dans le tissu cicatriciel qui garnissait le périnée.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Pousson,
et publiée in *A propos d'un cas de cystostomie*, Pousson,
Bordeaux, 1894.)

*Rétrécissement urétral. — Fistules périnéo-scrotales et
pénienne. — Cystostomie sus-pubienne. — Guérison.*

M. R..., atteint de blennorrhagie vers l'âge de vingt ans, imagina, pour s'opposer à l'écoulement qui souillait son linge, de se lier la verge à la base avec une ficelle. L'ayant laissée trop longtemps en place, il en résulta des accidents inflammatoires, et ulcératifs, qui eurent pour conséquence la formation d'une fistule au niveau de l'angle péno-scrotal, fistule par laquelle la malade rendit depuis lors ses urines en grande partie, sinon en totalité. L'existence de cette fistule n'empêcha d'ailleurs pas un rétrécissement périnéo-bulbaire de se produire, à la suite duquel survinrent un abcès urineux, puis une fistule urinaire au périnée.

Appelé à donner mes soins au malade à ce moment (fin de 1891), je pratiquai l'urétrotomie externe et tentai l'oblitération de la fistule pénienne. Cette dernière opération échoua, mais l'urétrotomie externe le débarrassa de la fistule périnéale. Mais le malade, malgré ma recommandation, négligea de se sonder, et, environ quinze mois après l'opération, il se forma un nouvel abcès urineux qui s'ouvrit à l'extérieur par plusieurs orifices.

La coarctation urétrale subsistant, et l'urine s'écoulant en grande partie par les fistules, à chaque miction, l'état du périnée s'aggrava peu à peu, et, lorsqu'il me fit appeler de nouveau dans le courant du mois de février de cette année, il était dans une situation véritablement lamentable.

Son périnée et ses bourses, œdématiés au point d'avoir le

volume d'une tête d'enfant d'un an, étaient couverts de fistules, d'où s'écoulait par la pression un pus sanieux et mélangé d'urine; une de ces fistules s'étendait jusque dans la région de la fesse à gauche. Les téguments, irrités par le suintement continuel des liquides, étaient le siège d'excoriations très douloureuses, particulièrement au niveau du scrotum et des plis génito-cruraux.

M. R..., ne pouvait ni s'asseoir ni marcher sans éprouver de grandes douleurs; mais celles-ci s'exagéraient surtout au moment de l'émission des urines passant sur ces tissus enflammés. A diverses reprises, les granulations tapissant les trajets fistuleux ont saigné en assez grande abondance.

Malgré toutes ces souffrances, M. R. ., a une santé relativement bonne. Sauf une constipation habituelle qui fait son tourment, les fonctions digestives sont excellentes; jamais de fièvre; peu d'amaigrissement.

Tout l'appareil urinaire, à l'exception de l'urètre rétréci, point de départ des accidents du côté du périnée et du scrotum, me paraissant sain après enquête minutieuse, je propose au malade, au lieu d'une nouvelle opération sur le périnée, qu'il refuse et dont il n'assurerait certainement pas le résultat en se soumettant à des sondages réguliers, de détourner le cours de ses urines en créant une ouverture à la vessie par l'hypogastre.

Le malade accepte l'opération que je pratique le 18 avril, avec l'assistance de mon excellent ami et collègue, le Dr André Boursier.

La première partie de l'opération, jusques et y compris l'ouverture de la vessie est pratiquée suivant le manuel opératoire habituel de la cystotomie sus-pubienne, avec le ballon de Pétersen et l'injection intra-vésicale de 200 à 300 grammes de la solution boriquée. J'incise le réservoir à égale distance des deux extrémités de l'incision de la paroi abdominale, dans une étendue d'un centimètre et demi et je passe immédiatement un fil suspenseur dans chacune de ces lèvres. Ces fils, qu'un aide tend légèrement, me facilitent singulièrement le passage des sutures destinées à affronter les lèvres de la boutonnière vésicale avec les téguments de l'incision hypogastrique.

Ces sutures sont pratiquées avec des crins de Florence traversant les parois de la vessie à un demi-centimètre des bords de l'incision, puis les muscles droits, le tissu cellulaire et enfin la peau. De la sorte, je n'ai pas seulement réuni les parois de la vessie aux téguments, mais je les ai aussi réunies aux divers éléments constitutifs de la paroi abdominale. Je mets trois fils de chaque côté et, afin de donner à l'ouverture canaliculaire ainsi formée, une disposition ultérieurement favorable à la contention d'urine, j'ai soin de reporter, autant que la mobilité de la vessie me le permet, vers l'angle supérieur de l'incision tégumentaire, les points de suture. Ceci fait, je place dans la vessie un tube simple numéro 30, recourbé à la façon des tubes accolés de Guyon-Périer et je réunis au-dessus et au-dessous de lui l'ouverture de la paroi abdominale. Le pansement est celui de la taille sus-pubienne.

Les suites furent des plus simples; le malade n'eut pas la plus petite élévation de température; le tube fonctionna très bien et à aucun moment les pièces du pansement, renouvelées tous les trois ou quatre jours, ne furent souillées.

J'enlevai les sutures le septième jour; l'union de la vessie à la peau, à ce moment suffisante, s'affermir dans les jours suivants, et peu à peu le nouvel urètre se constitua sur le tube laissé en place. Pendant ce temps, la suppuration du périnée se tarit, l'œdème du scrotum disparut, et les fistules, sauf la fistule de jeunesse à l'angle péno-scrotal, se fermèrent. A l'heure qu'il est, quatre semaines après l'opération, la région périnéo-scrotale a recouvré son aspect normal.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Loumeau et publiée in *Annales de la Policlinique de Bordeaux*, sept. 1894.) Résumée.

Rétrécissement blennorragique. Fistules urétrales multiples et indurées, réfractaires à l'urétrotomie interne et à l'urétrotomie externe chez un sujet dont l'urètre ne peut tolérer ni la sonde à demeure, ni le cathétérisme intermittent. Cystostomie sus-pubienne combinée à la cautérisation des trajets fistuleux. Maintien du drainage hypogastrique jusqu'à complète guérison.

L..., cinquante-deux ans, quatre blennorragies; la première à quinze ans; la dernière à vingt-deux ans. Depuis lors a toujours observé un suintement au bout du canal.

Rétrécissement ayant débuté il y a quinze ans. Soumis en 1890 à des séances méthodiques de cathétérisme poussées jusqu'au numéro 19 et qui ne furent pas continuées. Il y a quinze mois, formation d'abcès urineux, au périnée, ouverts par un chirurgien. Consécutivement, fistules persistantes laissant passer une urine trouble, chargée de sels calcaires et traitées, depuis trois mois, par des dilutions homœopathiques.

Mefait appeler le 19 mai 1893.

19 mai 1893. — Malade anémié et affaibli, en proie à une souffrance physique et morale excessive. Fièvre continue avec redoublements irréguliers. Obligation de rester presque constamment couché. Périnée criblé de fistules. Hypogastre douloureux et accidenté depuis quatre ans d'indurations sensibles même à la pression du cataplasme qui les recouvre. L'urètre offre à l'explorateur à boule numéro 10 plusieurs ressauts péniers et, au bulbe, un obstacle rigide que seule peut franchir une bougie numéro 5, qui ramène en sortant un peu de sang au méat. La miction, fréquente et très pénible, se fait en pluie par cinq trajets indurés, situés au

scrotum, au périnée, aux deux fesses, et presque plus par la verge. Lavages boriqués, bains à jour passé, salol, régime lacté.

4 juin. — *Urétrotomie interne* pratiquée avec la lame numéro 20 sur la paroi supérieure du canal. Impossibilité de placer, sans forcer beaucoup, une sonde à demeure ; je n'en mets pas. Ni frisson, ni fièvre par la suite. L'urine passe de mieux en mieux par le canal, beaucoup moins par les fistules. Bas ventre moins sensible.

19 juin. — Continuation par le cathétérisme, de la dilatation commencée par l'urétrotomie. Pour dériver l'urine des fistules, le malade, dont le canal ne tolère pas la sonde à demeure, videra, à chaque besoin, sa vessie par le cathétérisme.

Du 1^{er} août au 17 septembre. — Le côté gauche de la verge et l'hypogastre sont blindés d'indurations de plus en plus douloureuses qui obligent d'interrompre les sondages. Le prépuce épais et dur qui recouvre constamment le gland devient le siège d'un abcès, bientôt suivi d'un nouvel abcès scrotal. L'urine reprend le chemin des fistules.

17 septembre. — *Urétrotomie externe* sur conducteur cannelé de Maisonneuve. La paroi inférieure du canal est ligneuse et bosselée sur une étendue de 2 centimètres, que je résèque au bistouri. Tous les trajets de l'aîne, du scrotum, du périnée, de la fesse, sont incisés, râclés et cautérisés au fer rouge. Une sonde numéro 16 est laissée à demeure, après débridement dorsal du prépuce. Drain au plafond périnéal. Pansement à la vaseline iodoformée.

28 septembre. — Ablation de la sonde, qui n'est plus supportée. Les plaies périnéales bourgeonnent activement.

8 octobre. — La plaie médiane s'est resserrée autour du drain qu'elle enserme et que je retire. Les trajets fistuleux anciens sont cicatrisés.

15 octobre. — L'urine passe maintenant par la plaie opératoire, restée fistuleuse. Plusieurs abcès urinaires se forment au bas ventre et sur le côté droit de la verge. Je les incise et les injecte à la liqueur de Van Swieten. Le cathétérisme, très mal toléré, est pratiqué d'une manière fort irrégulière.

30 octobre. — L'urine passe en majeure partie par le canal,

beaucoup par les trajets pénien et hypogastrique, très peu par la fistule périnéale.

Novembre 1893 à février 1894. — Découragé, le malade ne veut plus rien faire, et se refuse, désormais, à subir l'introduction d'aucune sonde dans son urètre de plus en plus intolérant. De nouveaux abcès se forment au-dessus du pubis et dans le sillon balano-préputial. La miction se fait bientôt par cinq orifices fistuleux, situés : deux au bas ventre, un dans l'aîne gauche, un au-dessous du gland, un au périnée. Le canal est presque entièrement à sec, quoique perméable aisément au n° 18. Inefficacité absolue des injections modificatrices poussées dans les trajets ; espoir définitivement perdu de compter sur la dérivation des urines par l'urètre, qui n'admet pas plus le cathétérisme à chaque miction que le séjour permanent de la sonde à demeure.

25 février. — *Cystostomie sus-pubienne*. Impossibilité, le malade étant endormi, d'introduire par l'urètre un cathéter creux pour pratiquer une injection destinée à distendre la vessie. Raclage et thermocautérisation de la fistule périnéale. Mise en place du ballon rectal de Petersen, où je puis seulement pousser 120 grammes de liquide. Section verticale des téguments hypogastriques, commençant au milieu de l'espace ombilico-pubien et finissant sur la racine de la verge. De cette incision médiane vont partir, à droite et à gauche, des incisions ouvrant largement, sur la sonde cannelée, les trajets fistuleux sus-pubiens, que je nettoie énergiquement à la curette tranchante et cautérise ensuite au fer rouge. J'achève profondément la section de la paroi abdominale, je récline en haut, sans le voir, le cul de-sac péritonéal, et j'arrive à la vessie, que j'aperçois, grosse comme une mandarine ratatinée, derrière le pubis. Je sens, à travers sa paroi épaissie, la pointe d'une bougie n° 15, que j'ai fini par passer dans l'urètre. La vessie est incisée très bas, sur une étendue de 3 centimètres ; quatre sutures au fil d'argent fixent ces deux lèvres vésicales aux plans musculo-cutanés correspondants. Deux points de suture perdue à la soie rapprochent, au-dessus de la vessie, les muscles droits, doublés du *fascia transversalis*. Au-dessus et au-dessous du nouvel urètre, les téguments sont suturés à la soie ; la cavité vésicale,

ainsi que les trajets sont touchés à la solution argentique à 1 pour 100. Les tubes de Périer sont mis en place et assujettis par deux fils d'argent. Pansement à la vaseline iodoformée, recouverte d'ouate et de gaze antiseptiques.

8 mars. — Il n'y a pas eu le moindre mouvement fébrile. Ablation des sutures. Je laisse seulement les fils qui fixent le siphon, et sont destinés, comme lui, à rester en place jusqu'à la guérison des fistules. L'opéré se lève. La dérivation hypogastrique des urines est complète.

20 mars. — Les fistules se cicatrisent ; le drainage fonctionne bien.

30 avril. — Je revois le malade après une absence de quarante jours. Il a beaucoup engraisé, et l'épaississement de la paroi abdominale a entraîné les tubes de Périer hors de la cavité vésicale. L'urine, depuis longtemps, passe autour d'eux, en même temps qu'elle s'écoule par l'urètre. Inutiles, les tubes sont enlevés. Au bas-ventre, à l'aîne, à la verge, les fistules sont complètement guéries et les tissus y ont repris leur souplesse et leur indolence normales. Au dessous et à droite du scrotum, persiste une petite fistule, dont l'orifice rosé laisse toujours passer l'urine. Le reste du périnée est entièrement cicatrisé. Attouchement au nitrate d'argent de la fistule que j'injecte au sublimé ; elle sera pansée matin et soir à la vaseline boriquée et comprimée par le malade pendant la miction.

28 mai. — La fistule n'est pas fermée. L'urine s'en échappe toujours un peu. Je mets alors dans l'ouverture sus-pubienne de la vessie, avant qu'elle ne s'oblitére, une sonde de Malécot, n° 20, que le malade ouvrira seulement au moment des besoins, de façon que l'urine s'écoule par la sonde.

1^{er} juin. — Lorsque les besoins se font sentir impérieux, il arrive que l'urine s'échappe par le canal, la fistulette périnéale et le pourtour de la sonde hypogastrique, avant que celle-ci n'ait pu être débouchée. De là, la nécessité de laisser cette sonde constamment ouverte. Pour que la béance permanente de la sonde n'entraîne pas l'infection exogène de la vessie, l'instrument doit être maintenu toujours plongé dans le milieu antiseptique. La

nuît, un récipient placé entre les cuisses du malade étendu suffira à cet office. Le jour, le malade portera l'urinal hypogastrique que j'ai présenté au Congrès de Rome, et qui remplit exactement le but désiré.

8 juin. — L'urinal fonctionne à merveille, dérive toute l'urine et permet à l'opéré de faire de longues courses. L'hypogastre, la verge et le périnée sont souples et normaux. Le canal est perméable à la bougie 19, introduite sans effort. La fistulette que l'on constate sous le scrotum est très minime.

20 juillet. — La guérison est complète, tant du côté des fistules anciennes, que du côté du trajet sus-pubien créé par la cystostomie.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Loumeau, de Bordeaux,
et rapportée au Congrès de chirurgie de Lyon, oct. 1894)

*Malformations congénitales; fistule pénienne antérieure. —
Autoplastie. — Cystostomie. — Guérison.*

Homme de quarante-trois ans, porteur de malformations congénitales multiples, notamment d'un hypospadias pénien antérieur, subit, il y a six ans, l'opération de Duplay, dont le premier temps seul réussit et aboutit à la formation d'un méat au bout du gland.

Depuis cette époque, il fut soumis, à deux reprises différentes, à l'autoplastie destinée à combler sa fistule. Indocile, inintelligent, ne pouvant tolérer la sonde à demeure, il ne retira aucun bénéfice de ces deux interventions. Depuis lors, il se mouille en urinant, à moins d'uriner accroupi. Mais ce qui le désole surtout c'est d'avoir de très ardents désirs génésiques, qu'il n'a jamais encore pu satisfaire par la copulation, les femmes effrayées s'échappant à la vue de la difformité. Voulant guérir à tout prix, il se confie à mes soins au commencement de juillet 1894.

Une ouverture ovoïde, à grand axe longitudinal, mesurant 15 millimètres, et à petite extrémité antérieure occupe le dessous du gland et un demi centimètre de la région pénienne. Le plafond de cette ouverture correspond à la paroi supérieure du canal balano-pénien. Le méat est limité inférieurement par une bandelette cicatricielle ayant 6 millimètres de longueur antéro-postérieure. Elle résulte de la première opération pratiquée chez ce malade il y a six ans. Le 11 juillet, je fais dans la même séance :

1° L'urétrotomie interne pour un rétrécissement probablement congénital occupant la région bulbaire et laissant uniquement passer une bougie n° 7.

2° Puis la cystostomie sus-pubienne, avec drainage Périer-Guyon.

3° Enfin le deuxième temps de l'opération de Duplay, autoplastie à double plan de lambeaux destinée à oblitérer la fistule pénienne. La suture a parfaitement tenu. Le 21 juillet, je procède au troisième temps de l'acte opératoire ; abouchement des deux tronçons de l'urètre. Cette suture, incomplètement prise, dut être ultérieurement secondée par quelques cautérisations au nitrate d'argent et au fer rouge.

Le 1^{er} août, une cicatrice solide ferme la fistulette qui sépara quelque temps le canal naturel et le canal chirurgicalement reconstitué. La sonde Malécot, qui remplaça bientôt les tubes de Périer, fut maintenue constamment ouverte, et immergée dans un récipient antiseptique pendant un mois. Je la retirai le 13 août.

L'urètre, perméable à la bougie n° 14, laisse passer peu à peu toute l'urine qui abandonne définitivement le trajet sus-pubien, désormais fermé le 15 août.

A part quelques tiraillements au niveau de la cicatrice au moment de l'érection, la guérison est aujourd'hui parfaite.

OBSERVATION XIV (personnelle).

(M. Rollet, suppléant M. le professeur Gailleton.)

*Rétrécissement de l'urètre infranchissable. — Urèrectomie.
— Cystostomie sus-pubienne pour cathétérisme rétro-
grade. — Guérison.*

C... (Georges), quarante-six ans, tisseur, entre à la Clinique de l'Antiquaille le 17 mai 1894, salle Saint-Alexandre, n° 1.

Pas d'antécédents héréditaires. Blennorragie il y a vingt ans, assez intense, qui fut compliquée de folliculite suppurée, et traitée par les boissons délayantes, puis les injections de sulfate de zinc et l'opiat. Guérison en trois mois. Pas de troubles urinaires consécutifs.

Il y a deux ans, deuxième blennorragie traitée par des capsules de copahu à l'intérieur, et des injections de la liqueur de Van Swieten au tiers. État aigu ou subaigu pendant six semaines à deux mois; la guérison n'a pas été complète puisqu'il subsistait un léger suintement chronique. C'est alors que sont apparus pour la première fois les troubles de la miction dont l'accentuation amène le malade à l'hôpital. Mictions plus fréquentes, présentant le phénomène du retard; jet moins fort. Ces troubles se sont progressivement accrus, mais il n'y a jamais eu de rétention aiguë. Les troubles de la miction ne paraissent pas avoir retenti sur l'état général, le malade dit cependant qu'il se sent aller moins bien depuis quelque temps; il n'a jamais eu de mouvements fébriles.

A son entrée, le malade présente une rétention incomplète d'urine. Mictions toutes les dix minutes, aussi fréquentes la nuit que le jour. Jet en tire-bouchon, filiforme, tombant sur les pieds du malade et finissant bientôt goutte à goutte. Urines non mousseuses, ne donnant pas de dépôt. Périnée souple, intact. Rétrécissement de l'urètre absolument infranchissable; son extrémité antérieure est à 10 centimètres du méat.

18 mai. — Anesthésie à l'éther. Désinfection locale. Cathéter métallique boutonné et cannelé introduit dans l'urètre jusqu'au rétrécissement. Incision médiane antéro-postérieure de 6 centimètres partant d'un peu au-dessus du point où l'on sent le bec du cathéter et s'arrêtent à 1 centimètre de l'anus. Au niveau du rétrécissement, incision du canal, intéressant toute son épaisseur; l'extrémité postérieure du canal incisé est saisie avec une pince hémostatique; malgré cette précaution, il est impossible de retrouver le bout postérieur de l'urètre que l'on recherche à plusieurs hauteurs et dans diverses directions de la plaie. Cette recherche n'aboutissant pas on se décide à la cystotomie sus-pubienne. La vessie ouverte, il s'en échappe une assez grande quantité d'urine. Suture de la vessie aux couches musculo-cutanées (*cystostomie*). Une bougie olivaire conique en gomme n° 15 est introduite par cathétérisme rétrograde, et arrive au contact de la sonde Nélaton n° 19 introduite dans l'urètre antérieur. Sur la bougie en gomme, incision de l'extrémité rétrécie de l'urètre antérieur (portion périnée-bulbaire) dont les parois sont scléro-fibreuses sur une étendue de 3 centimètres environ. Excision de la paroi inférieure de cette partie du canal. Avec l'aide du dilateur-gouttière de Léon Tripier, on fait pénétrer la sonde de Nélaton dans la vessie, et l'on fixe son extrémité aux bords de la plaie vésico-pubienne. Sur la sonde ainsi placée, on fait les trois plans de suture: premier plan (catgut fin), parois de l'urètre; deuxième plan (catgut fin), plancher musculaire du périnée; troisième plan (fil métallique), plan superficiel du périnée. Irrigation boriquée uréthro-vésicale. Pansement: Salol à l'hypogastre, iodoforme au périnée.

18 mai (au soir). — Bon état général. Les urines s'écoulent complètement par la voie hypogastrique.

22 mai. — A la suite d'une contamination de la plaie périnéale par les matières fécales (malgré 10 centigrammes d'extrait thébaïque et une piqûre de morphine le 19) un petit abcès s'est formé au périnée. Incision; irrigation antiseptique du périnée au sublimé à 1/1000. Deux drains en V. Injection vésicale, et uréthro-vésicale au nitrate d'argent à 1/1000. La sonde est bien supportée,

mais il ne s'écoule par elle qu'une quantité insignifiante d'urine; celle-ci s'échappe presque en totalité par la bouche hypogastrique.

1^{er} juin. — On enlève la sonde.

20 juin. — Le malade sort aujourd'hui; la bouche vésicale est absolument fermée depuis une huitaine de jours. Cicatrice rosée non douloureuse. La miction se fait à la plus grande satisfaction du malade « aussi bien, dit-il, qu'à vingt ans. » Jet de volume normal allant à 80 centimètres environ. Aucune douleur urétrale ou vésicale. Au périnée, la plaie est presque entièrement cicatrisée. État général excellent.

30 octobre. — Le malade n'est pas revenu se faire sonder régulièrement. Cependant on passe assez facilement aujourd'hui le Béniqué n° 23 (filière Charrière). Bon état général.

A propos de ce malade, M. Rollet nous a fait remarquer que dans sept autres cas de rétrécissement blennorragiques infranchissables qu'il a opérés, il a facilement trouvé le bout postérieur.

OBSERVATION XV (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe).

Fracture double du bassin verticale, type Voillemier. — Urétrorragie. — Rétention d'urine consécutive. — Taille hypogastrique. — Cathétérisme rétrograde. — Drainage hypogastrique. — Guérison.

M .. (Claudius), vingt ans, entré à l'hôpital de la Croix-Rousse le 21 mars 1894, salle Saint-Pothin, n° 25, à la suite d'un accident dans lequel une voiture pesamment chargée avait exercé sur son bassin un traumatisme considérable, urétrorragie immédiate. Le malade est vu par M. Gangolphe quinze heures après l'accident, il n'a pas uriné et se plaint de douleurs violentes, surtout sous

forme de coliques. L'exploration nouvelle montra la distension de la vessie au-dessus du pubis. Submatité à ce niveau, l'intensité des douleurs rend d'ailleurs l'exploration difficile. Pas d'ecchymose nulle part. Un cathétérisme tenté avec une sonde en gomme ne ramène que du sang; on pense à la possibilité d'une déchirure de la vessie. M. Gangolphe, appelé, se basant sur la distension du globe vésical, pense à une déchirure de l'urètre; et, après avoir introduit un cathéter, sans pouvoir pénétrer, du reste, dans la vessie, il se décide séance tenante à faire la taille hypogastrique. Cette opération a l'avantage : 1^o de comporter un examen de la région traumatisée, 2^o de s'assurer de l'état de plénitude de la vessie, état dont on n'était pas certain). Dans ce dernier cas on fera le cathétérisme rétrograde; si la vessie n'est pas distendue on ouvrira le péritoine pour chercher la rupture probable et la suturer ¹.

Toilette antiseptique de la région, anesthésie à l'éther. Par l'incision hypogastrique on tombe sur un épanchement sanguin prévésical considérable (2 verres de sang en grande partie fluide, noirâtre), qui pouvait simuler un globe vésical. Lavage à l'eau froide, tampons, on voit alors le globe vésical nettement distendu. Incision de la vessie après passage du fil fixateur. Evacuation de l'urine. Le doigt introduit permet de se rendre compte d'une fracture de la branche ischo-pubienne droite, et de l'absence de déchirure de la vessie. On introduit alors un cathéter métallique courbe dans l'urètre par le col vésical, de manière à le faire ressortir, si c'est possible, par le méat. Cette tentative échoue et l'on sent que le cathéter fait saillie plutôt au périnée, tant se trouvent grands les désordres de l'urètre profond.

M. Gangolphe incise le périnée et arrive sur le bec du cathéter. Pour rétablir la continuité du canal de l'urètre il a recours au procédé suivant : Introduction d'une sonde en gomme dans le bout

¹ M. Gangolphe a insisté dans ses leçons de médecine opératoire sur l'utilité de cette incision dans les cas douteux, car elle permet de parer aux deux inconvénients, déchirure de l'urètre et déchirure de la vessie.

antérieur de l'urètre, cette sonde vient ressortir au milieu de l'incision périnéale, alors M. Gangolphe attache un fil à l'œil de la sonde et le fixe d'autre part au cathéter introduit par la vessie ; en retirant ce dernier il conduit la sonde jusque dans la vessie. Il introduit alors le bout vésical de cette sonde en gomme dans l'extrémité antérieure d'une sonde de Pezzer, et la retire. La sonde en gomme entraîne la sonde de Pezzer qui reste en place. Grand lavage à l'eau boriquée. Drainage hypogastrique Périer-Guyon.

Les suites de l'opération ont été fort simples ; toutefois au bout d'une huitaine de jours des concrétions phosphatiques se formèrent au point d'obstruer complètement la sonde. Le malade prend de la fièvre. On change la sonde, mais la fièvre continue, les concrétions se reforment ; lorsque trente-cinq jours après l'opération on enlève la sonde pour la changer il est impossible d'en remettre une autre en place. La fièvre aurait duré jusque vers la fin de mai. Pour permettre de pratiquer des lavages il a fallu dilater à plusieurs reprises l'orifice hypogastrique qui tendait à s'oblitérer.

De ce côté la cicatrisation était complète au commencement de juillet. La cicatrisation périnéale ne s'est terminée que vers le 20 juillet, époque à laquelle le malade sort de l'hôpital.

2 décembre 1894. — Depuis, bien que le cathétérisme, tenté à la sortie du malade, ait été infructueux, la miction a toujours été facile, à peine un peu douloureuse le matin. Les concrétions phosphatiques ne se sont pas reformées. État général excellent ; localement, à l'hypogastre, cicatrice arrondie, de couleur légèrement blanchâtre, se montrant au fond d'un petit infundibulum formé par la peau qui est un peu plissée.

Aucunes douleurs à ce niveau.

CONCLUSIONS

I. La cystostomie sus-pubienne est indiquée dans le traitement de certains rétrécissements compliqués de l'urètre.

II. Elle doit être alors temporaire.

III. La cystostomie — opération de Poncet — avec suture vésico-cutanée, crée un urètre contre nature sus-pubien, permanent et continent, très précieux chez les prostatiques ; chez les rétrécis, la cystostomie devant être temporaire, on devra faire une suture vésico-pariétale, c'est-à-dire vésico-musculo-cutanée, qui crée une fistule se fermant rapidement.

IV. La cystostomie sus-pubienne temporaire est indiquée :

1° Dans les cas de rétrécissements compliqués d'infection urinaire grave, généralisée ou localisée à l'appareil

urétéro-pyélo rénal, avec ou sans fièvre, indication tout à fait comparable à celle qui se rencontre dans le prostatisme grave. L'opération sera complétée secondairement par l'urétrotomie, l'urétrectomie, l'urétroplastie.

2° Dans les cas de rétrécissements compliqués d'infiltration urineuse; aux débridements multiples classiques on ajoutera ainsi le débridement vésical; on s'occupera ultérieurement de la restauration du canal.

3° Dans les cas de rétrécissements compliqués de fistules rebelles; elle abrégera alors la durée de la maladie.

4° Exceptionnellement, dans les cas de rétrécissements blennorragiques ou traumatiques infranchissables, et de rupture de l'urètre postérieur, pour cathétérisme rétrograde, quand les urines sont altérées et septiques. Si les urines sont saines, la cystotomie sus-pubienne, suivie de suture totale de la vessie, est indiquée.

V. Dans tous ces cas, sauf la réserve que nous venons de faire, la cystostomie temporaire doit remplacer la cystotomie sus-pubienne avec ou sans drainage consécutif, et le cysto-drainage, dont elle a les avantages sans en avoir les inconvénients et les dangers.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTEF

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

